

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
EMILIE GOSSELIN

OPTIMISATION DES SOINS DE SANTÉ PAR L'APPLICATION DE CONCEPTS
LEAN À DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

MAI 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La pénurie de l'effectif infirmier vécue au Québec touche les CRD. De plus, les ressources financières moindres, les changements engendrés par la désinstitutionalisation, la diminution des heures de formation en santé mentale dans les divers programmes scolaires et la stigmatisation du milieu sont aussi des facteurs qui contribuent à garder ces centres dans une situation de manque de personnel infirmier. En plus d'avoir à composer avec ces facteurs, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (MCQ) centre de réadaptation en dépendance doit aussi faire face à des difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier. C'est donc dans le but d'améliorer cette situation que l'équipe de Domrémy MCQ a voulu optimiser le travail infirmier en effectuant des changements organisationnels. La présente étude de type recherche-action s'est intéressée à la problématique du centre en se basant sur un modèle de gestion reconnu surtout au sein du domaine industriel : le modèle Toyota. Cette approche mise sur la prise de décisions fondée sur une philosophie à long terme, la réduction du gaspillage, la standardisation du travail, l'utilisation de contrôles visuels, la formation des responsables, l'apprentissage organisationnel continu par le kaizen et la compréhension de la réalité terrain. En septembre 2011, une première collecte de données a permis d'émettre des constats et des pistes de solutions par le biais d'un rapport. Ce dernier a été présenté à l'équipe de travail de Domrémy dans le cadre d'une activité kaizen qui s'est tenue en octobre 2011. À la suite de cette activité, un plan d'action a été rédigé par l'équipe de travail du kaizen afin de concrétiser et de situer dans le temps les changements à apporter. Du mois d'octobre 2011 au mois de janvier 2012, certains changements devaient être mis en place. Une seconde collecte de données a donc eu lieu en février et mars 2012. Cette dernière a permis à la chercheuse de constater l'évolution des processus de changements. Des 11 actions ciblées prioritaires dans le plan d'action rédigé lors du kaizen, cinq ont été analysées plus attentivement. Il s'agit de la révision du processus d'orientation et de probation du personnel infirmier, de l'analyse et l'intégration d'un poste volant, de la réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin du volet hébergement, de la révision du processus de préparation de la médication et, finalement, de l'harmonisation des outils. Ces cinq actions avaient pour but d'augmenter la satisfaction au travail du personnel infirmier toujours dans l'optique d'en favoriser la rétention et le recrutement. De ces cinq processus, deux d'entre eux ont été effectués tel que prévu. La méthode des Cinq S a été employée dans le but de désencombrer le poste infirmier et le bureau du médecin et une révision du processus de préparation de la médication a été menée. Ces changements ont permis de réduire certaines sources de gaspillage dont la surproduction par l'élimination du dédoublement de l'information, la correction par l'élimination des erreurs et la créativité inemployée en favorisant la participation du personnel terrain. Plusieurs dossiers sont restés en suspens laissant croire à l'équipe de recherche que le projet mené n'était pas prioritaire pour Domrémy MCQ. Ce constat permet de souligner l'importance d'une application globale de la méthode Toyota qui nécessite un changement de culture et une implication constante de la part du milieu. La réussite d'un projet d'optimisation demande au milieu un changement de philosophie plutôt que la simple application d'outils.

Table des matières

Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des graphiques	ix
Liste des acronymes	xii
Remerciements	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Le portrait de l'effectif infirmier	4
1.2 Le travail en santé mentale et en centre de réadaptation en dépendance	5
1.3 L'organisation du travail en centre de réadaptation en CRD	8
1.4 Le centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	10
CHAPITRE 2 : CADRE DE RÉFÉRENCE	11
2.1 Le modèle Toyota	12
2.2 Le modèle Toyota divisé en quatre catégories	17
2.3 Les principes du modèle Toyota employés dans l'étude	21
2.3.1 Le principe 1 : Fonder les décisions sur une philosophie à long terme, même au détriment des objectifs financiers à court terme	22
2.3.2 Le principe 4 : Lisser la tâche de travail (heijunka)	23
2.3.3 Le principe 6 : Standardiser les tâches pour favoriser l'amélioration continue	25
2.3.4 Le principe 7 : Utilisez des contrôles visuels pour que les problèmes ne passent pas inaperçus.	25
2.3.5 Le principe 9 : Former des responsables qui vivent la philosophie.	27
2.3.6 Le principe 12 : Apprentissage organisationnel continu par le kaizen.	29
2.3.7 Le principe 13 : Aller voir soi-même pour comprendre la situation (genchi genbutsu).	28
CHAPITRE 3 : RECENSION DES ÉCRITS	31
3.1 La pénurie d'infirmières en santé mentale	32
3.2 La toxicomanie	37
3.3 La toxicomanie et les actions ministérielles	41
3.4 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier, l'organisation du travail en toxicomanie et la méthode Toyota dans la littérature	44
3.4.1 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier	44
3.4.2 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier en CRD	50
3.4.3 L'organisation du travail en toxicomanie	51
3.4.3 La méthode Toyota	55
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	62
4.1 Le cadre de référence et le devis	63

4.2 Le déroulement de l'étude.....	65
4.3 La population à l'étude.....	68
4.4 Les critères d'inclusion	68
4.5 L'échantillonnage.....	69
4.6 Les définitions opérationnelles	70
4.6.1 Le recrutement et la rétention du personnel.....	70
4.6.2 Les activités à valeur ajoutée	72
4.6.3 Les activités sans valeur ajoutée	72
4.6.4 L'amélioration continue.....	73
4.7 Les instruments de mesure	73
4.8 Les biais méthodologiques.....	76
4.9 Les considérations éthiques.....	77
4.10 Les avantages et les limites de l'étude	78
4.11 Le plan d'analyse	79
4.12 Les retombées attendues	79
CHAPITRE 5: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	81
La première collecte de données	83
5.1 Le portrait de Domrémy MCQ.....	83
5.2 Le volet hébergement.....	84
5.2.1 Le nombre d'utilisateurs suivis	84
5.2.2 Le personnel infirmier.....	84
5.2.3 La structure de postes et les détails des disponibilités.....	85
5.2.4 Les particularités du volet hébergement.	89
5.3 Le volet externe.....	89
5.3.1 Le nombre d'utilisateurs suivis	89
5.3.2 Le personnel infirmier.....	90
5.3.3 La structure de postes et les détails des disponibilités.....	91
5.3.4 Les particularités du volet externe	92
5.4 Les indicateurs liés au personnel infirmier	93
5.4.1 Le personnel infirmier engagé.	93
5.4.2 Le personnel infirmier détenteur de poste.....	95
5.4.3 Le temps supplémentaire effectué par le personnel infirmier.....	97
5.4.4 Le taux de roulement du personnel infirmier.....	97
5.4.5 Le taux de rétention du personnel infirmier.....	99
5.4.6 Le taux d'embauche du personnel infirmier	100
5.4.7 Le niveau d'assurance-salaire versé au personnel infirmier	100
5.4.8 Le récapitulatif des indicateurs mesurés	100
5.5 Les processus cliniques infirmiers	104
5.5.1 L'analyse des données de la première étude de temps et mouvements.	118
5.5.2 L'entrée dans les services.	118
5.5.3 L'admission en hébergement.	119
5.5.4 La gestion de la médication à l'hébergement.....	120
5.5.5 Le suivi en externe.	121

5.6 Les constats	122
5.7 Les pistes de solutions.....	126
5.7.1 Les pistes de solutions communes aux deux volets.....	126
5.7.2 Les pistes de solution du volet hébergement.	129
5.7.3 Les pistes de solution du volet externe	135
5.8 L'objectif de l'activité kaizen	141
La deuxième collecte de données.....	145
5.9 La comparaison des résultats de l'étude de temps et mouvement.	146
5.9.1 Les infirmières du quart de soir, la semaine	147
5.9.2 Les infirmière du quart de nuit, la semaine.....	149
5.10 Le personnel infirmier.....	151
5.10.1 Le personnel infirmier engagé..	151
5.10.2 Le personnel infirmier détenteur de poste.....	152
5.10.3 Le temps supplémentaire effectué par le personnel infirmier.....	154
5.10.4 Le taux de roulement du personnel infirmier.....	156
5.10.5 Le taux de rétention du personnel infirmier.....	156
5.10.6 Le taux d'embauche du personnel infirmier.	157
5.10.7 Le niveau d'assurance-salaire versé au personnel infirmiers.....	157
5.10.8 La comparaison des indicateurs mesurés lors de la première collecte (2010-2011) et de la seconde collecte (2011-2012).	157
5.11 Les constats	161
5.11.1 Les constats communs aux deux volets	161
5.11.2 Les constats du volet hébergement.	163
5.11.3 Les constats du volet externe..	165
CHAPITRE 6: DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	166
6.1 La révision du processus d'orientation et de probation du personnel infirmier.....	168
6.2 L'analyse et l'intégration d'un poste volant.....	170
6.3 La réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin du volet hébergement	171
6.4 La révision du processus de préparation de la médication.....	172
6.5 L'harmonisation des outils.....	173
6.6 La synthèse des résultats.	174
CHAPITRE 7: CONCLUSION	178
RÉFÉRENCES.....	181
APPENDICE A	
Planification de l'activité kaizen : horaire des trois jours de l'atelier.....	190
APPENDICE B	
Grille d'observation utilisée pour la recherche avec les explications pour chacune des actions.....	192

APPENDICE C

Formulaire de consentement des participants	195
---	-----

APPENDICE D

Carte du territoire de Domrémy MCQ	200
--	-----

APPENDICE E

Photos illustrant le poste infirmier avant le projet d'optimisation.....	202
--	-----

APPENDICE F

Photos illustrant le bureau du médecin avant le projet d'optimisation	212
---	-----

APPENDICE G

Photos illustrant le poste infirmier après le projet d'optimisation.....	217
--	-----

APPENDICE H

Photos illustrant le bureau du médecin après le projet d'optimisation	225
---	-----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Exemples de gaspillage en milieu industriel, en milieu hospitalier et en CRD	24
Tableau 2 : Observations menées décrivant le milieu de recherche	66
Tableau 3 : Indicateurs mesurés lors des deux collectes de données	66
Tableau 4 : Planification des activités.....	68
Tableau 5 : Liste des actions mesurées et leur type.	75
Tableau 6 : Structure de postes des infirmières œuvrant au volet hébergement.....	85
Tableau 7: Disponibilités des infirmières au volet hébergement	87
Tableau 8: Disponibilités des infirmières auxiliaires au volet hébergement	88
Tableau 9: Disponibilités des infirmières au volet externe	92
Tableau 10: Récapitulatif des indicateurs mesurés lors de la première collecte de données 2010-2011	103
Tableau 11 : Constats communs aux deux volets	123
Tableau 12: Constats du volet hébergement	124
Tableau 13 : Constats du volet externe	125
Tableau 14 : Priorités identifiées, plan d'action et échéancier.....	143
Tableau 15 : Comparaison des indicateurs mesurés lors de la première collecte de données 2010-2011 et de la seconde collecte de données 2011-2012	159

Liste des figures

Figure 1 : Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes	15
Figure 2: Méthode des Cinq «S».....	26

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition du personnel infirmier selon le titre d'emploi.....	94
Graphique 2 : Répartition du personnel infirmier selon le volet de l'organisation.....	94
Graphique 3 : Répartition des infirmières détentrices de poste par rapport aux infirmières TPO.....	95
Graphique 4 : Répartition des infirmières auxiliaires détentrices de poste par rapport aux infirmières auxiliaires TPO	96
Graphique 5 : Nombre de jours de temps supplémentaire effectué par les infirmières (incluant et excluant les heures de garde aux repas) par rapport au nombre total de jours travaillés à temps régulier.....	97
Graphique 6 : Nombre de jours de temps supplémentaire effectué par les infirmières auxiliaires (incluant et excluant les heures de garde aux repas) par rapport au nombre total de jours travaillés à temps régulier	98
Graphique 7 : Nombre de jours travaillés par les infirmières versus le nombre de jour versés en assurance salaire	102
Graphique 8 : Répartition des activités (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour en semaine.....	107
Graphique 9 : Répartition des activités (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir en semaine	109
Graphique 10 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir la fin de semaine.....	111
Graphique 11 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit	113
Graphique 12 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour	115
Graphique 13 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir.....	117

Graphique 14 : Comparaison du temps requis pour chaque activité lors des deux collectes de données du travail de l’infirmière du quart de travail de soir (semaine) lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.....	148
Graphique 15 : Comparaison du temps requis pour chaque activité lors des deux collectes de données du travail de l’infirmière du quart de travail de nuit (semaine) lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.....	150
Graphique 16 : Comparaison de la répartition du personnel infirmier selon le titre d’emploi lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.	151
Graphique 17 : Comparaison de la répartition des infirmières détentrices de poste par rapport aux infirmières TPO lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.	152
Graphique 18 : Comparaison de la répartition des infirmières auxiliaires détentrices de poste par rapport aux infirmières auxiliaires TPO lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.....	153
Graphique 19 : Comparaison du nombre de jours de temps supplémentaire (excluant les heures de garde aux repas) effectués par les infirmières par rapport au nombre total de jours travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.	154
Graphique 20 : Comparaison du nombre de jours de temps supplémentaire (excluant les heures de garde aux repas) effectués par les infirmières auxiliaires par rapport au nombre total de jours travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012.....	155

Graphique 21 : Comparaison du nombre de jours travaillés versus le nombre de jours versés en assurance-salaire travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011- 2012.....	158
--	-----

Liste des acronymes

ACRDQ : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
ASI : Assistante du supérieur immédiat
ASVA : Activité sans valeur ajoutée
AVA : Activité à valeur ajoutée
Chaire IRISS : Chaire interdisciplinaire en recherche et intervention dans les services de santé
CHRTR : Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec
CSSSTR : Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières
CRD : Centre de réadaptation en dépendance
FADM : Feuille d'administration des médicaments
ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang
MCQ : Mauricie/Centre-du-Québec
MSSSQ : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
NID-EM : Niveau de Désintoxication-Évaluation par les intervenants Médicaux
NID-EP : Niveau de Désintoxication-Évaluation par les intervenants Psychosociaux
PIB : Produit intérieur brut
PMO : Plan de main d'œuvre
OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SAAQ : Société de l'Assurance Automobile du Québec
TPO : Temps partiel occasionnel
TPS : Système de production Toyota
UNODC : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VMMC : Virginia Mason Medical Center

Remerciements

Je souhaiterais remercier l'ensemble de l'équipe de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. L'engagement et la générosité de cette organisation a permis de faire de cette expérience de recherche un projet instructif autant au niveau scientifique qu'au niveau humain.

Merci à Mme Liette St-Pierre, ma directrice de recherche, qui a toujours cru en mon projet et en moi. Grâce à ce partenariat, j'ai trouvé un guide inspirant qui a su me motiver et me pousser quand le besoin se faisait sentir. Merci à mes collègues de la chaire IRISS qui ont partagé mon parcours en tant qu'étudiante à la maîtrise ou en tant qu'auxiliaire de recherche. Merci à mes parents et à mon petit frère pour leur soutien et leurs encouragements constants.

Finalement, un grand merci à mes collègues et amis, plus particulièrement à Mme Martine Lacroix pour son écoute et nos fous rires. L'accomplissement d'un tel projet ne peut se réaliser sans la présence de gens extraordinaires autour de soi. J'ai la chance d'être bien entourée.

Introduction

La pénurie de l'effectif infirmier au Québec est devenue une réalité avec laquelle tous les milieux de soins doivent composer. Des grands hôpitaux employant des centaines de professionnels jusqu'aux plus petits centres, tous sont touchés par le manque de personnel. Cependant, certaines organisations le sont plus sévèrement. Les centres ou les unités de soins se spécialisant en santé mentale sont des domaines où cette situation entraîne de lourdes conséquences (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), 2007). Selon l'OIIQ, la santé mentale représente un contexte de soins complexes et particuliers pour lequel les infirmières sont appelées à exercer des rôles stratégiques. Malgré le rôle pivot que jouent les infirmières dans ce domaine de soins, peu choisissent de s'orienter vers cette spécialisation. Cette situation entraîne donc des difficultés de recrutement et de rétention dans certaines organisations dont les centres de réadaptation en dépendance (CRD).

Cette recherche s'intéresse aux innovations de gestion que pourrait apporter une philosophie de management différente. La méthode Toyota, qui provient du géant japonais de l'automobile, a été utilisée pour guider le milieu de recherche partenaire au travers des différents processus de changements. L'application de certains principes et outils de cette philosophie de gestion a été tentée dans le but de favoriser le recrutement et la rétention du personnel infirmier œuvrant à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, centre de réadaptation en dépendance. Ce mémoire se veut donc un rapport exhaustif de la démarche de recherche entourant ce projet.

Chapitre 1 : Problématique

1.1 Le portrait de l'effectif infirmier

Au Québec, la pénurie de professionnels de la santé pourrait s'élever à près de 17 100 infirmières en 2020 (Jean, 2005). Selon l'OIIQ (2012a), en 2012, près de 72 169 infirmières étaient inscrites au tableau professionnel et ce nombre ne varie que très peu depuis quelques années déjà. Lors de sa plus récente enquête sur le personnel infirmier, l'OIIQ (2012a) affirmait que l'âge moyen des travailleurs était de 43 ans et que près d'une infirmière sur cinq était en âge de prendre sa retraite. De même, un peu moins du tiers des infirmières, soit 32%, optent pour un emploi à temps partiel plutôt qu'à temps complet. Tous ces facteurs contribuent donc à garder les différentes institutions de santé en situation de pénurie. Bien que cette pénurie affecte tous les milieux, certaines unités de travail sont plus gravement affectées. Plusieurs milieux cliniques spécialisés dont la santé mentale ont déjà fait état de cette réalité (Burroughs, et al, 2004; Hanrahan, 2009; Hanrahan, & Gerolamo, 2004; Holmes, 2006; Puskar, & Bernardo, 2003; Wells, & McElwee, 2000). Au 31 mars 2012, 4 173 infirmières ont déclaré travailler dans le domaine de la santé mentale, représentant ainsi 6% de l'ensemble des infirmières du Québec (OIIQ, 2012a). De ce nombre, 4% ont indiqué œuvrer en soins de santé mentale spécialisés et ultraspécialisés, 2% en soins de santé mentale de première ligne et 0,4% en toxicomanie. De plus, il est intéressant de savoir qu'au Québec, 1 092 des 261 606 professionnels du réseau de la santé seulement se sont identifiés comme employés en centre de réadaptation en dépendance (CRD) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ), 2011). En Mauricie, sur les 2 388 infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ seulement 22 d'entre elles ont noté travailler en

toxicomanie (OIIQ, 2012a). Ainsi, pour les CRD, la rareté du personnel est devenue une réalité quotidienne. Il faut même préciser que dans au moins l'un des centres, cette problématique est devenue si sévère que la menace du bris de services est de plus en plus présente (Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (MCQ), 2009; Domrémy MCQ, 2011).

1.2 Le travail en santé mentale et en centre de réadaptation en dépendance

Les centres de réadaptation en dépendance, tout comme les unités de santé mentale, doivent composer avec une réalité clinique différente de celle vécue dans les autres milieux. En effet, les ressources financières moindres, les changements engendrés par la désinstitutionalisation, la diminution des heures de formation en santé mentale dans les divers programmes collégiaux et universitaires et la stigmatisation du milieu contribuent à garder les CRD en situation de manque de personnel (New South Wales Parliament Legislative Council Select Committee on Mental Health, 2002; OIIQ, 2009). Conséquemment, il devient crucial pour les CRD de conserver leur personnel infirmier déjà à l'emploi et de devenir davantage attirant pour les autres. Cependant, malgré les efforts déployés pour tenter de donner une plus grande visibilité aux CRD et de promouvoir le travail auprès de leur clientèle stimulante, il semblerait que ces centres continuent de vivre des difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier (Domrémy MCQ, 2011). Selon l'étude de Knudsen, Abraham, Roman et Studts (2011), le taux d'infirmières œuvrant en CRD qui quittent volontairement leur emploi serait de 15%. Il est malheureusement impossible de comparer ce taux avec celui d'autres milieux

cliniques compte tenu de l'absence de données à ce sujet dans la littérature. Toutefois, en comparant ce résultat avec le 8% de départ des jeunes infirmières qui ont une forte tendance à quitter leur emploi dans les cinq premières années d'embauche (OIIQ, 2011), ce 15% de départs volontaires des CRD représente une réalité préoccupante. Ces départs, en plus d'être onéreux pour les organisations, sont difficiles à combler. Ils entraînent une diminution de la qualité des soins auprès des usagers et ont souvent un effet «domino» en provoquant le départ d'autres professionnels (Knudsen, et al., 2011).

Les difficultés de recrutement et de rétention vécues par les CRD sont très préoccupantes. Peu d'infirmières choisissent de se spécialiser en toxicomanie et celles qui s'avancent dans cette voie choisissent d'œuvrer avec une clientèle difficile (MSSSQ, 2006). En fait, il semblerait que, dans bien des cas, les personnes en traitement présentent une combinaison plus complexe qu'auparavant de troubles physiques, mentaux et sociaux (MSSSQ, 2006). Selon le MSSSQ (2006), déjà en 1996, une aggravation de la situation en matière d'abus de psychotropes et un alourdissement des clientèles en traitement spécialisé étaient signalés. Les personnes présentant un double diagnostic (toxicomanie et problèmes de santé mentale, d'itinérance, de délinquance ou d'utilisation de drogues par injection) et les femmes enceintes qui consomment lancent des défis majeurs aux intervenants. De plus, les personnes aux prises avec un double problème de toxicomanie et de délinquance ont, généralement, un profil psychosocial plus lourd. Il semble aussi que près de la moitié des personnes itinérantes présente un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (MSSSQ, 2006).

Cette réalité peut aussi expliquer, en partie, pourquoi il est plus difficile pour les CRD de recruter du personnel. De plus, la toxicomanie représente une spécialité qui est souvent méconnue des différents professionnels. Pourtant, le travail des professionnels de la santé en CRD représente des défis stimulants (OIIQ, 2007). En effet, pour les infirmières, depuis l'application de la loi 90 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé) en 2003, l'expertise clinique est clairement reconnue et permet à ces dernières de jouir d'une plus grande autonomie. En fait, selon les 17 activités réservées de la profession, une infirmière peut maintenant exercer plusieurs rôles, tâches et fonctions sans nécessiter de mentorat des médecins (OIIQ, 2012b). Ce faisant, le travail infirmier devient très intéressant.

Les difficultés de recrutement et de rétention qui perdurent jusqu'à ce jour dans les CRD entraînent de graves conséquences au niveau de la qualité des soins en rendant plus ardues l'application et la pérennité des meilleures pratiques (Woltmann et al., 2008). Malgré l'importance de ce sujet, peu d'études se sont penchées sur cette problématique. Toutefois, celles qui se sont attardées à ce phénomène sont arrivées à des conclusions très intéressantes (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2007; Roche, & Duffield, 2007). En effet, une grande majorité de ces recherches ont pu conclure que certaines caractéristiques organisationnelles peuvent contribuer à garder les CRD dans une situation de précarité de main d'œuvre infirmière et ainsi nuire à la qualité des soins (Clancy, et al., 2007; Knudsen, et al., 2011; Roche, & Duffield, 2007). Ces recherches

seront explorées plus longuement dans la partie traitant de la recension des écrits de ce mémoire.

1.3 L'organisation du travail en centre de réadaptation en dépendance

L'organisation du travail en CRD est un sujet peu exploité par les chercheurs. Certains s'entendent pour dire que des changements sont nécessaires sans toutefois s'avancer davantage sur ce terrain (Corredoira & Kimberly, 2006). Pourtant, de plus en plus de recherches portent sur les aspects organisationnels dans d'autres domaines de la santé (Dickson, Anguelov, Vetterick, Eller, & Singh, 2009; Dickson, Singh, Cheung, Wyatt, & Nugent, 2009; Fishmann, 2010; Holden, 2011; Wojtys, Schley, Overgaard, & Agbadian, 2009; Van Lent, Goedbloed, & Van Harten, 2008). À titre d'exemple, le MSSSQ a mis de l'avant une stratégie nationale en soins infirmiers visant à faire face aux défis liés à la main-d'œuvre (Blanchet, 2012). Cette stratégie visait l'atteinte de différents objectifs dont le maintien et l'amélioration de l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services offerts à la clientèle. La révision de l'organisation du travail était donc nécessaire afin d'atteindre les buts fixés par le MSSSQ. Ce faisant, une valorisation de la contribution des professionnels de la santé devait aussi être effectuée. C'est donc dans cette optique qu'entre 2008 et 2010, 27 projets d'organisation du travail ont été subventionnés par le MSSSQ pour un total de 81 millions de dollars (Dubois, & D'Amour, 2011). De ces 27 projets, aucun ne fut mené en CRD privilégiant plutôt les soins en hébergement, à domicile et auprès des patients en phase critique. Sachant cela, il est possible de dire que le MSSSQ est bien au

courant de la nécessité de revoir l'organisation du travail dans le domaine de la santé. Toutefois, aucune initiative n'a encore été prise au niveau des CRD.

Comme il a été mentionné, l'organisation du travail est une préoccupation pour le MSSSQ. Les différentes commissions d'enquête menées au cours des dernières années le prouvent dont, notamment, la commission Castonguay-Nepveu en 1966, la commission Rochon en 1985, la commission Clair en 2000 et la commission Castonguay en 2011 (Gouvernement du Québec, 2009). Ces commissions ont, à leur façon, modifié grandement le visage du domaine de la santé ainsi que le travail des différents professionnels (Gouvernement du Québec, 2009). C'est donc dire que l'organisation du travail en santé a toujours été un sujet d'actualité.

Depuis quelques années, la philosophie Lean aussi nommée méthode Toyota, qui provient du système de production Toyota (TPS), gagne un bon nombre d'adeptes chez les dirigeants en santé. Un nombre important d'hôpitaux, et de groupes médicaux adoptent le Lean comme principale approche afin d'améliorer la qualité et l'efficience de leurs services (Bertholey, Bourniquel, Rivery, Coudurier, & Follea, 2009; Blais, Lagacé, & St-Pierre, 2009; Gascon, Bélanger, Hébert, Lagacé, & St-Pierre, 2009; Kim, Spahlinger, Kin, & Billi, 2006; King, Ben-Tovim & Bassham, 2006; Lagacé, Faucher, St-Pierre, & Bélanger, 2010; Snyder, & McDermott, 2009). Cette méthode est de plus en

plus utilisée pour initier des changements dans le domaine de la santé, notamment auprès des infirmières (Kim, et al., 2006; Simon, & Canacari, 2012). Trop souvent, ces dernières doivent compléter des tâches qui n'exploitent pas leur savoir et leur expertise professionnelle. Ces actions, nommées «gaspillage» dans le vocabulaire de la méthode Toyota (Liker, 2009), alourdissent grandement le travail quotidien et peuvent aussi engendrer des insatisfactions au travail ayant des conséquences importantes telles que des difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier (Bertholey, et al., 2009; Dickson, et al., 2009; Ng, Vail, Thomas, & Schmidt, 2010).

1.4 Le centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Les dirigeants du centre Domrémy MCQ se disent préoccupés par plusieurs situations impliquant le personnel infirmier. En effet, les difficultés de recrutement et de rétention du personnel en soins de santé menacent le maintien et le bon déroulement de l'offre de services de cette organisation autant au sein du volet hébergement que du volet externe (Domrémy MCQ, 2011). Ce projet vise donc à optimiser le travail infirmier dans le but, à long terme, d'améliorer le recrutement et la rétention de ce type de professionnels.

Chapitre 2 : Cadre de référence

2.1 Le modèle Toyota

Le cadre conceptuel utilisé dans cette recherche est celui de la méthode Toyota. Les premiers pas de cette méthode proviennent de la famille japonaise Toyoda. L'histoire débute avec Sakichi Toyoda, un inventeur et un bricoleur, qui grandit à la fin de 19^e siècle. À cette époque, la majorité des femmes arrivaient à gagner un peu d'argent en tissant à l'aide de métier manuel. Toyoda apprit la menuiserie et devint un fabricant de métier à filer. Voyant les femmes de sa famille peiner à tisser et filer sur ces métiers, il tenta de les moderniser et, ainsi, de faciliter le travail des femmes (Liker, 2009). C'est donc en mettant la main à la pâte et en travaillant dur de façon constante que Toyoda mit de l'avant un métier à filer fonctionnant à l'aide de moteur à vapeur (Liker, 2009). En 1926, le *Toyoda Automatic Looms* devient l'ancêtre du groupe Toyota tel que connu aujourd'hui. Selon Liker (2009), la plus grande contribution de ce visionnaire au sein du développement de Toyota est sa philosophie et son approche du travail fondés sur une obsession de l'amélioration continue. En 1929, voyant que les métiers à filer à moteur étaient en voie de devenir une technologie dépassée, Sakichi Toyoda confia à son fils Kiichiro, un ingénieur mécanique, le soin de moderniser l'entreprise familiale. Ce dernier bâtit *Toyota Automobile Company* selon la philosophie et l'approche de management de son père, mais en ajoutant ses propres innovations (Liker, 2009). Par la suite, l'histoire se poursuivit et les dirigeants de l'entreprise se succédèrent mais tous conservèrent cette philosophie de gestion qui peut se résumer au travers de ces deux piliers soit : l'amélioration continue et le respect des hommes (Liker, 2009).

La méthode Toyota repose donc sur le développement des compétences des employés, l'élimination des gaspillages, l'augmentation du travail en valeur ajoutée et sur la standardisation des processus. Bien que le modèle Toyota existe depuis 1929, il faut attendre les années 1980 pour que son efficacité se démarque et attire l'attention d'autres domaines que celui de l'ingénierie automobile (Liker, 2009). En effet, c'est au cours de cette décennie que la méthode Toyota a été remarquée aux États-Unis par des gestionnaires travaillant dans le domaine de la santé. À cette époque, il était devenu évident que la qualité et l'efficacité japonaises avaient des particularités intéressantes. Non seulement Toyota se démarquait, et se démarque toujours aujourd'hui, grâce à ses processus de développements de produits rapides, fiables et concurrentiels, mais aussi grâce à sa capacité de résolution de problèmes efficace (Liker, 2009). Le secret de la réussite de Toyota réside, d'une part, dans son excellence opérationnelle qui repose sur des outils et des méthodes d'amélioration de qualité et, d'autre part, sur l'application d'une philosophie ou d'une culture qui va au-delà de l'application de ces outils (Liker, 2009). Cette philosophie propre à Toyota trouve ses fondements dans sa compréhension des hommes et de leurs mécanismes de motivation et dans sa capacité à cultiver le leadership, à définir la stratégie à employer, à bâtir une vraie relation avec les partenaires d'affaires et à perpétuer les principes à suivre pour demeurer une entreprise apprenante (Liker, 2009).

Depuis quelques années, c'est cette philosophie inspirante que plusieurs chercheurs tentent d'appliquer à différents milieux dont le domaine de la santé (Bertholey, et al., 2009; King, et al., 2006; Ng, et al., 2010; Van Lent, et al., 2009). Pour ce faire, des projets s'intéressant à divers processus présents dans les milieux de soins (les protocoles entourant l'administration de transfusions sanguines, la trajectoire des usagers dans les unités d'urgence et l'efficacité des services offerts sur un département d'oncologie) tout comme la présente étude se basent sur le modèle issu de la philosophie Toyota. Ce modèle a pour but de parvenir à fabriquer des produits de qualité supérieure c'est-à-dire des soins de santé de qualité supérieure.

Le modèle Toyota, illustré à la figure 1, est construit à partir de quatre conditions c'est-à-dire : le défi, le kaizen (traduit par l'amélioration continue), le respect et le travail d'équipe ainsi que le genchi genbutsu (traduit par l'expérience ou la connaissance de la réalité du terrain. À ces conditions, il est possible d'associer quatre grandes catégories soit : la philosophie, les processus, les ressources humaines/partenaires et la résolution de problèmes où s'inscrivent les 14 principes fondamentaux de la méthode Toyota (Liker, 2009). Les conditions, les catégories ainsi que les principes qui composent le modèle Toyota sont expliqués dans les sections suivantes.

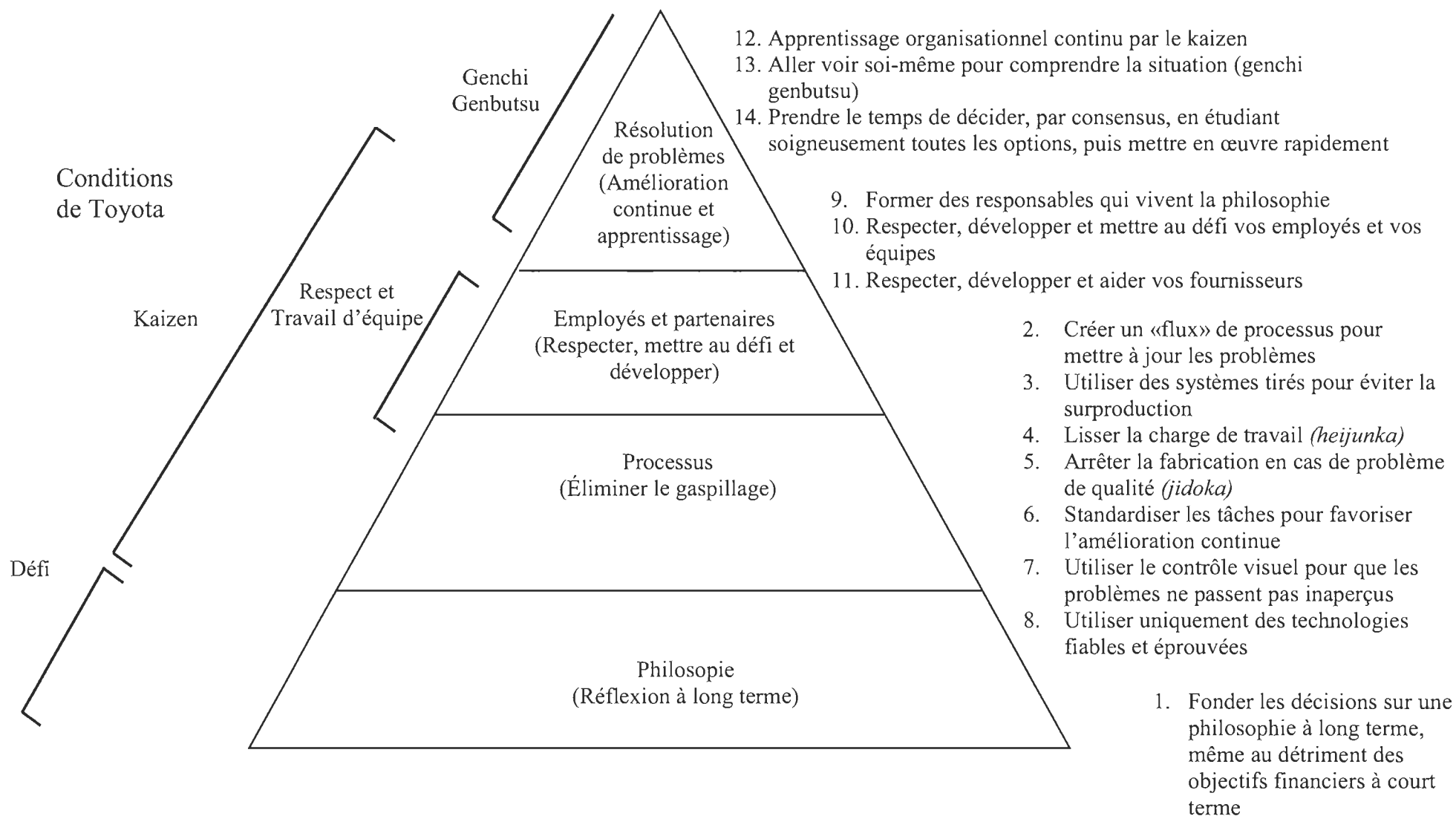


Figure 1 : Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes (Liker, 2009)

D'abord, la première condition du modèle Toyota, soit le défi, veut que le progrès soit toujours constant. Pour qu'une entreprise ait du succès lors de l'application de la méthode Toyota, elle doit non seulement intégrer les différents outils mis de l'avant dans ce modèle mais elle doit aussi adhérer à la philosophie Toyota. En effet, le véritable défi de ce modèle est de bien saisir que le Lean est un système complet dont la culture de l'entreprise doit s'imprégner (Liker, 2009). Une fois cette culture bien ancrée au sein de l'entreprise, il devient plus aisé de procéder aux changements souhaités et de le faire sur une base continue.

Le kaizen, ou encore amélioration continue, est la seconde condition du modèle Toyota. Celle-ci sous-tend une méthode de travail en plus de servir d'outil de développement des compétences en cherchant à maximiser les gains obtenus tout en ayant recours au minimum d'investissement. Cette condition inclut les principes gravitant autour des processus en plus de ceux autour des employés et des partenaires (Liker, 2009).

Toujours selon Liker (2009), le respect et le travail d'équipe, troisième condition de ce modèle, se traduit par la prise en compte des souhaits de l'ensemble de l'équipe, de la communauté au sens large et par la recherche de solutions impliquant l'ensemble de l'entreprise.

Finalement, la quatrième condition, soit le *genchi genbutsu*, priorise la compréhension de la réalité du travail terrain par l'observation directe du milieu (Liker, 2009).

Ces quatre grandes conditions ont servi de guide à l'équipe de recherche durant les différentes étapes de ce projet. En effet, ces conditions ont permis d'identifier clairement les principes fondamentaux qui ont été utilisés pour justifier les différentes observations et interventions auprès du milieu. Toutefois, avant de s'intéresser aux principes choisis dans le cadre de cette étude, il est nécessaire de s'attarder aux quatre catégories et à l'ensemble des 14 principes avancés par le modèle Toyota.

2.2 Le modèle Toyota divisé en quatre catégories

Comme illustré à la figure 1, les fondements du modèle Toyota résident dans sa philosophie. En d'autres termes, si cette dernière n'est pas comprise et assimilée, l'entreprise n'atteindra jamais les résultats escomptés. La philosophie Toyota promeut l'implication de chacun afin de constamment faire progresser l'entreprise. Le principe de cette catégorie découle donc de la vision d'un progrès constant :

1. Fonder les décisions sur une philosophie à long terme, même au détriment des objectifs financiers à court terme.

Ce premier principe résume bien l'ambition de la maison Toyota qui se retrouve dans son modèle. Les bénéfices réalisés n'ont jamais pour but l'enrichissement de l'entreprise ou des dirigeants. Le but est de réinvestir dans l'avenir. En effet, le modèle Toyota offre une alternative et montre ce qui peut être réalisé lorsqu'on unit les forces d'une industrie autour d'un but commun qui dépasse de très loin la recherche du profit. La raison d'être de Toyota en tant qu'entreprise est de générer de la valeur pour le client, la société et pour l'économie (Liker, 2009). De la même façon, les projets réalisés à l'aide de la méthode Toyota dans le domaine de la santé ont principalement comme objectif l'augmentation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins apportés aux usagers. Toutefois, il peut s'avérer difficile pour les dirigeants d'organisations de santé de voir au-delà des objectifs financiers à court terme, d'où l'importance de bien comprendre la philosophie du modèle.

La seconde catégorie qui se penche sur les processus dans le but d'éliminer les gaspillages regroupe les sept principes suivants :

2. Créer un «flux» de processus pour mettre à jour les problèmes;
3. Utiliser des systèmes tirés pour éviter la surproduction;
4. Lisser la charge de travail (heijunka);
5. Arrêter la fabrication en cas de problème de qualité (jidoka);
6. Standardiser les tâches pour favoriser l'amélioration continue ;
7. Utiliser le contrôle visuel pour que les problèmes ne passent pas inaperçus;

8. Utiliser uniquement des technologies fiables et éprouvées.

Cette seconde catégorie illustre la conviction des dirigeants de Toyota que le «bon processus produira les bons résultats» (Liker, 2009, p.111). Ces sept principes énumérés contiennent la majorité des outils du TPS utilisés pour l'amélioration des processus soit : la production juste à temps, la détection du gaspillage, la résolution de problèmes, les 5 S et la compréhension du travail terrain. Bon nombre de ces outils peuvent être utilisés dans le domaine de la santé. L'application de ces derniers doit, au final, permettre d'offrir un meilleur suivi à l'utilisateur dans un environnement sécuritaire. L'élimination des gaspillages présents dans les divers processus cliniques utilisés prévoit donc une utilisation plus efficiente de l'expertise de chaque professionnel dont les infirmières. Les outils utilisés dans le cadre de cette étude seront abordés plus en détails ultérieurement.

La troisième catégorie du modèle Toyota se concentre sur les employés et les dirigeants en énonçant les trois principes ci-dessous :

- 9. Former des responsables qui vivent la philosophie;
- 10. Respecter, développer et mettre au défi vos employés et vos équipes;
- 11. Respecter, développer et aider vos fournisseurs.

Le modèle Toyota implique les dirigeants de l'entreprise. Ces derniers doivent comprendre en profondeur le travail terrain. En effet, les dirigeants doivent observer la réalité vécue dans le but de se rendre compte eux-mêmes de la situation réelle. Ces

derniers doivent faire participer les employés et les intégrer dans les différents processus décisionnels (Liker, 2009). Ce modèle veut que les cadres connaissent et appliquent eux-mêmes la philosophie de l'entreprise, considère ses fournisseurs comme des employés et vise un partenariat harmonieux. En fait, Toyota démontre une réelle volonté d'aider ses partenaires et de progresser au même rythme que ces derniers (Liker, 2009). Concrètement, l'application de la méthode Toyota dans les organisations de santé demande une implication importante des dirigeants. Ils doivent se rendre sur les unités de soins, observer et discuter avec les équipes de travail afin de bien saisir les situations problématiques. Une fois les problèmes reconnus, observés et compris, les gestionnaires doivent inclure du personnel terrain dans la recherche de solution. C'est donc dire que tous les membres de l'équipe de soins touchés (médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, préposés aux bénéficiaires, brancardiers etc.) doivent être impliqués dans les différentes démarches décisionnelles.

Finalement, la dernière catégorie, se penchant sur la résolution de problèmes, l'amélioration continue et l'apprentissage, comprend les trois principes suivants :

12. Apprentissage organisationnel continu par le kaizen;
13. Aller voir soi-même pour comprendre la situation (genchi genbutsu);
14. Prendre le temps de décider, par consensus, en étudiant soigneusement toutes les options, puis mettre en œuvre rapidement.

Ces trois derniers principes illustrent la volonté du modèle de demeurer une entreprise apprenante qui observe et comprend les problèmes vécus, apporte des solutions qui sont appuyées de tous et évalue de nouveau à la suite des changements apportés. Selon la méthode Toyota, il y a toujours place à l'amélioration (Liker, 2009). L'amélioration continue est un principe déjà appliqué dans diverses sphères du domaine de la santé. Les nouveautés technologiques et les avancées de la recherche obligent la pratique des professionnels de la santé à évoluer constamment. Toutefois, la méthode Toyota prévoit que cette amélioration continue soit appliquée sur tous les principes et processus d'une entreprise. C'est à ce niveau que les organisations de santé doivent apprendre de ce mode de gestion.

2.3 Les principes du modèle Toyota employés dans l'étude

Des 14 principes avancés par le modèle Toyota, sept d'entre eux furent ciblés dans le cadre de la présente étude : 1. fonder les décisions sur une philosophie à long terme, même au détriment des objectifs financiers à court terme, 4. lisser la charge de travail (heijunka), 6. standardiser les tâches pour favoriser l'amélioration continue, 7. utilisez le contrôle visuel pour que les problèmes ne passent pas inaperçus, 9. former des responsables qui vivent la philosophie, 12. apprentissage organisationnel continu par le kaizen et 13. aller voir soi-même pour comprendre la situation (genchi genbutsu). Le choix de ces sept principes repose sur une réflexion menée par l'équipe de recherche dont les grandes lignes sont exposées dans les sections suivantes.

2.3.1 Le principe 1. : Fonder les décisions sur une philosophie à long terme, même au détriment des objectifs financiers à court terme

Le premier principe choisi stipule qu'il est nécessaire pour une entreprise d'effectuer des prises de positions qui transcendent la prise de décision immédiate. Ces décisions servent de guide vers un objectif commun au-delà du profit afin de porter l'organisation vers un niveau supérieur (Liker, 2009). Chaque action de l'entreprise doit viser la production de valeur ajoutée pour le client. En effet, selon Liker (2009), le sentiment d'avoir à accomplir une mission et l'engagement à l'égard du client, des employés et de la société sont les fondements de tous les autres principes du modèle Toyota. Chaque décision se veut réfléchie et vise l'atteinte de la mission de Toyota. Cette mission, qui comprend trois volets soit la contribution à la croissance économique du pays (1), la contribution à la stabilité du bien-être des employés (2) et la contribution à la croissance globale de Toyota (3), est la véritable raison qui pousse Toyota à fabriquer des produits de qualité (Liker, 2009). En santé, la mission des organisations est de produire des soins de qualité, efficaces et sécuritaires. Certaines décisions sont déjà prises dans le but d'augmenter la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins au détriment des objectifs financiers à court terme, par exemple, lors de l'achat de nouvelles technologies. L'application de la méthode Toyota prévoit toutefois que ce principe s'applique à l'ensemble des décisions de l'organisation.

2.3.2 Le principe 4. : *Lisser la tâche de travail (heijunka)*

L'utilisation du modèle Toyota a permis d'identifier les différentes sources de gaspillage ou d'activités sans valeur ajoutée (ASVA) présentes dans une séquence de travail. En effet, trop souvent, les infirmières doivent compléter des tâches qui n'exploitent pas leur savoir et expertise professionnelle. Ces actions, nommées «gaspillage» dans le vocabulaire du modèle Toyota, alourdissent grandement le travail quotidien et peuvent aussi engendrer des insatisfactions au travail. C'est donc dans le but d'éliminer le gaspillage et d'optimiser les activités en valeur ajoutée (AVA), c'est-à-dire les activités contribuant à améliorer la qualité des services, que le principe qui consiste à «lisser la tâche de travail», fut jugé pertinent. Ce principe, qui s'inscrit dans la catégorie «Processus (éliminer le gaspillage)», permet d'identifier d'où proviennent les principales sources de gaspillage du milieu clinique. Dans le modèle Toyota, huit sources de gaspillage sont nommées : surproduction (1), attente (2), transports et manutentions inutiles (3), usinages excessifs (4), stocks excessifs (5), mouvements inutiles (6), corrections (7) et créativité inemployée (8) (Liker, 2009). Le tableau 1, à la page suivante, établit la comparaison entre les sources de gaspillage industrielles, celles identifiées dans les centres hospitaliers et celles rencontrées en CRD (Graban, & Padgett, 2008; Ng et al., 2010; Lazzara, 2012; Snyder & McDermott, 2009). Finalement, lisser la tâche de travail permet également d'établir une routine de travail. Une telle routine favorise alors une standardisation du travail sur chaque quart de travail en

assurant une répartition équitable des différentes tâches à effectuer par le personnel infirmier.

Tableau 1 : Exemples de gaspillage en milieu industriel, en milieu hospitalier et en CRD

Type de gaspillage	En industrie	En milieu hospitalier	En CRD
Surproduction	Trop de fabrication d'automobiles pour la demande	Impression papier des résultats de laboratoire en plus des résultats accessibles par l'informatique	Dédoublage des informations à compléter lors de la collecte de données initiale
Attente	Attente de réparation de la machinerie	Attente d'un lit à l'étage lorsque l'utilisateur est sur civière	Attente d'un séjour à l'hébergement
Transports et manutentions inutiles	Transport d'un produit du secteur d'assemblage à un module de peinture	Transfert de civières pour accommoder de nouveaux arrivants	Aller chercher la commande de matériel de soins à un autre centre
Usinages excessifs	Utilisation d'un outil désuet pour assembler deux pièces	Demande de test non requis	Prélèvements sanguins hémolysés
Stocks excessifs	Commande de grande quantité de matière première pour épargner mais espace insuffisant	Abaisse-langues dans un tiroir en trop grande quantité limitant la place pour les compresses	Commande de matériel inutile qui ne sert que très rarement
Mouvements inutiles	Chercher le bon outil	Chercher la méthode d'administration d'un médicament	Chercher les effets personnels d'un usager
Corrections	Coupe imprécise de matériel	Erreur d'identification des prélèvements	Erreur lors de l'administration des médicaments
Créativité inemployée	Ne pas impliquer les employés dans le développement d'un nouveau produit	Ne pas impliquer les infirmières dans un nouveau projet (soins de plaies, soins palliatifs, gestion, etc)	Ne pas impliquer les infirmières dans un nouveau projet (ordonnances collectives, protocoles d'administration des médicaments et gestion)

2.3.3 Le principe 6: Standardiser les tâches pour favoriser l'amélioration continue

Ce principe traite de la standardisation des tâches. En effet, le modèle Toyota voit la standardisation des tâches comme la base de l'amélioration continue et de la responsabilisation des employés (Liker, 2009). Ce principe prévoit que des méthodes stables et répétables soient utilisées partout et par tout le monde. Dans un contexte infirmier, ce principe se traduit, par exemple, par l'utilisation des mêmes méthodes de soins, des mêmes protocoles, des mêmes formulaires, et ce, par toutes les infirmières, ce qui empêche même l'apparition de certaines sources de gaspillage (surproduction, mouvements inutiles, corrections). La standardisation des tâches vise donc l'emploi des meilleures pratiques conçues et améliorées avec la participation des professionnelles en plus de favoriser l'efficacité du travail d'équipe en enseignant aux employés une terminologie, des compétences et des règles communes (Liker, 2009).

2.3.4 Le principe 7: Utilisez des contrôles visuels pour que les problèmes ne passent pas inaperçus

Ce principe prévoit l'utilisation d'indicateurs visuels afin de simplifier le travail (Liker, 2009). Certains outils peuvent donc être utilisés pour favoriser un meilleur contrôle visuel et ainsi réduire les sources de gaspillage exposées précédemment. La méthode des Cinq S, abréviation de cinq termes japonais débutant par un «s» (*seiri* traduit par trier, *seiton* traduit par ranger, *seiso* traduit par nettoyer, *seiketsu* traduit par entretenir et *shitsuke* traduit par pérenniser) est fréquemment utilisée pour éliminer les

sources de gaspillage. Cet outil Lean, imagé à la figure 2, vise l'élimination de tout ce qui est susceptible de favoriser les erreurs, les défauts et les accidents (Liker, 2009).

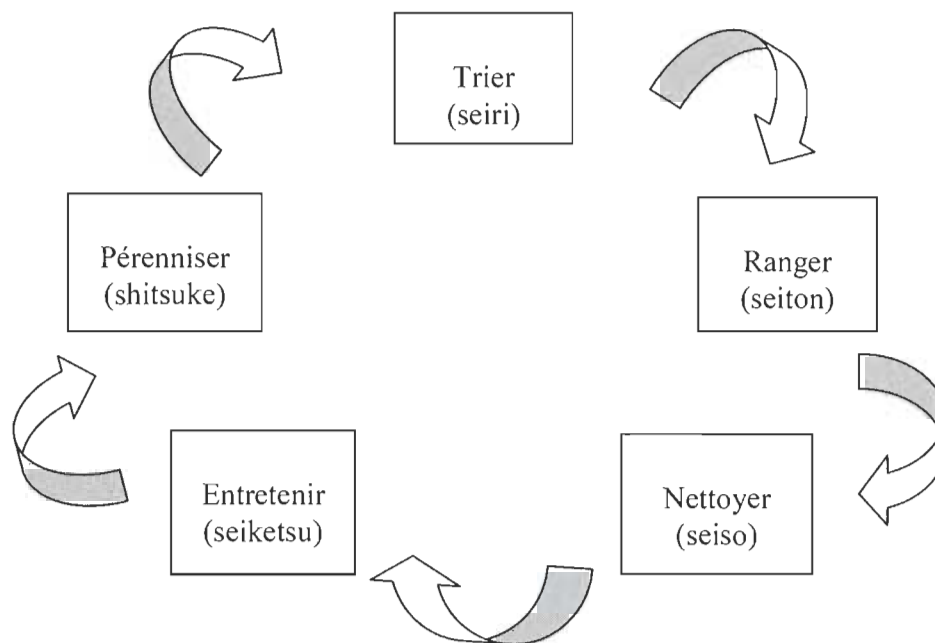


Figure 2 : Méthode des Cinq S (Liker, 2009)

Le premier terme «trier» veut que les éléments soient séparés en deux catégories. D'un côté, les éléments utiles et de l'autre les éléments inutiles. Pour ce faire, il est possible de se doter d'un système de classement qui permet de répartir les éléments utilisés quotidiennement des éléments utilisés de façon hebdomadaire ou mensuelle des éléments utilisés rarement. Le second terme «ranger» prévoit que la place de chaque élément soit identifiée. Pour ce faire, il est possible d'utiliser des accessoires et des règles de rangement (classer par couleur). Le troisième terme «nettoyer» indique qu'un entretien des lieux est nécessaire, et ce, à une fréquence qui doit être déterminée

clairement. Le terme «entretenir» désigne la formulation de règles afin que les trois «s» précédents soient maintenus. Finalement, «pérenniser» est le terme le plus important qui doit supporter les quatre autres. Pour assurer la pérennité du changement apporté, il est primordial d'évaluer et de valoriser les résultats obtenus sur une base constante (Dickson, et al., 2009; King, et al., 2006; Lazzara, 2012; Liker, 2009).

2.3.5 Le principe 9 : Former des responsables qui vivent la philosophie

Ce principe vise la valorisation de l'entreprise par le développement des employés et partenaires. La méthode Toyota promeut la création d'une culture stable et forte qui doit être inculquée lors de la formation des individus. Cette culture qui définit les valeurs et les convictions de l'entreprise, doit constamment être renforcée. Pour ce faire, il faut d'abord que les dirigeants adhèrent et croient en cette philosophie. Par la suite, il devient nécessaire d'intégrer tous les employés aux divers processus et de leur enseigner comment travailler en équipe vers un objectif commun (Liker, 2009). En effet, selon la philosophie Toyota, dans une entreprise, tous les processus doivent avoir pour but d'aider les équipes qui sont chargées d'apporter une valeur ajoutée au produit (Liker, 2009). Dans le domaine de la santé, l'objectif commun est le rétablissement ou le maintien de l'état de santé de l'utilisateur. Le rôle de l'organisation est donc d'outiller le mieux possible les professionnels afin que ces derniers tendent vers cet objectif tout en assurant des services de santé de qualité. La formation du personnel représente alors une étape importante du cheminement du professionnel. C'est à ce moment que les attentes

de l'organisation doivent être clarifiées et que doit débiter l'enseignement de la philosophie du milieu de soins.

2.3.6 Le principe 12 : Apprentissage organisationnel continu par le kaizen

Ce principe employé dans cette étude s'inscrit dans la catégorie traitant de la résolution de problèmes, de l'amélioration continue et de l'apprentissage. Le 12^e principe du modèle Toyota veut que l'entreprise, ici un CRD, devienne une entreprise apprenante grâce à la réflexion systématique et à l'amélioration continue.

Le kaizen est une activité de groupe qui s'échelonne sur deux ou trois jours, où doivent participer cadres, gestionnaires et personnel terrain. Cette activité permet au groupe de mettre de l'avant des processus d'amélioration concrets, simples et peu onéreux qui devront être réalisés sur une période divisée en deux temps, c'est-à-dire en une période à court terme, soit de 20 jours, et une période à plus long terme selon les besoins de l'organisation. Ces processus reposent sur des petites améliorations faites au quotidien et tendent à inciter chaque travailleur à réfléchir sur son lieu de travail et à proposer des améliorations.

L'objectif du kaizen est de répondre à un but très précis déterminé par le groupe présent lors de ces deux ou trois jours. À la fin de ce temps de réflexion, un plan d'action est rédigé en collaboration avec les équipes de travail. Ce plan porte sur les

véritables préoccupations de l'organisation. L'élaboration de ce plan d'action vise à mobiliser les acteurs de changements afin que ces derniers procèdent aux améliorations de façon rapide et efficace. Une fois le plan d'action déterminée, l'équipe doit procéder aux changements. Ce faisant, un suivi qui permet d'évaluer et de mesurer la performance devient nécessaire. En effet, la méthode Lean prévoit qu'un suivi serré soit effectué. Ce suivi, qui doit être accessible à tous, permet d'indiquer les progrès de l'entreprise et, ainsi, de souligner le travail déjà accompli. Par la mesure d'indicateurs clairs et précis, il devient possible de comprendre l'impact concret des changements apportés et, par le fait même, de garder le niveau de motivation des acteurs de changements élevé. Le suivi est donc une étape cruciale qui ne doit pas être négligée. Ce dernier permet de faire le point sur les actions engagées, de discuter des possibilités d'amélioration supplémentaires et, ultimement, de continuer à améliorer les processus (Liker, 2009).

2.3.7 Le principe 13 : Aller voir soi-même pour comprendre la situation (genchi genbutsu)

C'est dans le but de bien mener les six premiers principes que le dernier principe a été aussi choisi. En effet, une autre particularité du modèle Toyota est qu'il favorise l'implication active du milieu clinique. En fait, dans ce modèle, ce sont les hommes qui font vivre le système. Le personnel de direction et le personnel terrain doivent collaborer et communiquer dans le but de résoudre les problèmes et de progresser ensemble, au même rythme. Cette collaboration est primordiale. Le modèle Toyota encourage,

favorise, exige la participation du personnel terrain (Liker, 2009) tout comme il encourage très fortement les dirigeants et cadres supérieurs à se rendre sur le terrain afin de développer une compréhension approfondie des différentes problématiques.

Chapitre 3 : Recension des écrits

3.1 La pénurie d'infirmières en santé mentale

La pénurie d'infirmières au Québec est un sujet préoccupant, et ce, depuis plusieurs années. Les portraits dressés par les diverses organisations ministérielles sont tous plus inquiétants les uns que les autres et semblent peu évolués (OIIQ, 2007). Déjà en mars 2005, le MSSSQ estimait dans ses projections de main-d'œuvre qu'il manquerait, en 2007, plus de 2 000 infirmières pour combler les besoins (MSSSQ, 2007). Toujours selon ces estimations, la rareté des ressources infirmières devrait augmenter à près de 6 629 en 2012 puis à 17 119 en 2020 (OIIQ, 2007). Pour ajouter à ces anticipations inquiétantes, le MSSSQ révisa ses données en 2007 pour affirmer qu'il manquerait plutôt 7 300 infirmières en 2012 et que ce nombre atteindrait 23 000 en 2022 (MSSSQ, 2007). Par ailleurs, ces prédictions ne prennent pas en considération les départs à la retraite qui devraient atteindre leur sommet en 2015. En effet, toujours selon le MSSSQ (2007), entre 2007 et 2015, les prises de retraite varieront entre 1 600 et 2 220 infirmières par an. En guise de comparaison, en 1997, les départs à la retraite ont totalisés près de 4 200 professionnelles et le réseau de la santé a mis dix ans à surmonter cette situation (OIIQ, 2007). Pour ajouter à cela, il faut souligner le contexte de déclin démographique que connaît le Québec (OIIQ, 2007). Il est vrai que depuis les dernières années, la population étudiante a augmenté dans les diverses maisons d'enseignement. Toutefois, ces établissements ont déjà atteint la limite maximale quant aux services qu'elles peuvent offrir, sans parler des milieux de stages qui se font rares et de la dénatalité qui caractérise la province depuis quelques années. Sachant cela, il serait

illusoire de penser augmenter de manière importante la part d'inscriptions dans les divers programmes qui offrent la formation d'infirmière (OIIQ, 2007). Bref, en dépit de l'instauration de mesures incitatives de maintien au travail et des réflexions menées par le MSSQ, les agences de la santé et l'OIIQ sur la pérennisation et la diversification des milieux de stages, il serait très surprenant d'augmenter significativement le nombre d'infirmières au travail. Il est donc urgent de sortir de la logique de la pénurie en cessant de se demander comment faire pour aller chercher 20 000 infirmières de plus. Il faut plutôt se questionner sur la manière dont les 70 000 infirmières déjà à l'emploi peuvent être déployées pour répondre aux besoins de santé de la population du Québec (OIIQ, 2007).

Les débats doivent maintenant se concentrer sur une nouvelle planification de l'effectif infirmier en visant comme objectifs la rétention des professionnelles en fonction et le recrutement de nouvelles infirmières à employer (OIIQ, 2007). Voilà le but que s'est fixé l'OIIQ en 2007 avec la rédaction de son mémoire sur l'organisation de la main d'œuvre infirmière. À cet effet, l'OIIQ (2007) mentionne clairement que les tactiques de gestion doivent être transformées pour permettre la stabilisation des équipes de soins. Les politiques administratives doivent aussi être revues dans le but d'assurer leur cohérence avec les mesures qui seront identifiées pour retenir et attirer les infirmières dans les rôles et les responsabilités attendus. L'environnement doit être significativement amélioré afin d'offrir des conditions de travail compétitives qui

favoriseront le recrutement et la rétention du personnel. Finalement, les stratégies sélectionnées devront être déployées de manière à répondre aux besoins des différentes régions du Québec (OIIQ, 2007). C'est donc pour la sécurité des soins, pour un accès de la population à des services de santé de qualité dans des délais acceptables, pour garder et attirer le personnel compétent requis que l'OIIQ (2007) met de l'avant quatre mesures stratégiques qui permettront la mise en place d'une nouvelle structure du personnel infirmier soit l'aboutissement de deux réformes majeures : celle du système professionnel (loi 90) et celle de la formation infirmière (DEC-BAC). Ces quatre mesures stratégiques sont les suivantes : (1), un nouveau partage des responsabilités entre les membres des équipes de soins (2), la priorisation des cibles de planification de l'effectif infirmier (3) et l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (4). De ces quatre mesures stratégiques, il est mentionné de nommer des cibles de planification de l'effectif infirmier. Pour ce faire, l'OIIQ a nommé cinq domaines de pratiques particulièrement touchés par la rareté du personnel. Les soins critiques, les soins dans la communauté, la santé mentale, les soins périopératoires et la prévention et le contrôle des infections sont identifiés comme étant aux prises avec de graves problèmes entourant la main d'œuvre. Ces cinq domaines représentent des contextes de soins complexes et particuliers pour lesquels les infirmières sont appelées à exercer des rôles stratégiques, exigeant un jugement clinique et des compétences cliniques importantes (OIIQ, 2007).

Le domaine de la santé mentale, comme il a été mentionné, est l'un des plus touchés par la pénurie de professionnelles infirmières. D'une part, l'âge moyen des infirmières qui y travaillent est plus élevé, soit 46 ans contre les 43 ans de l'ensemble des autres domaines de pratique et, d'autre part, plus de 42% des infirmières y sont âgées de 50 ans et plus (OIIQ, 2007). Cette situation laisse ainsi présager d'importants besoins au niveau du recrutement de la main d'œuvre. Non seulement ce domaine a besoin d'un bon nombre de nouvelles infirmières ayant des connaissances spécifiques, étendues et solides en santé mentale mais en plus, il devra faire face au phénomène de réorganisation exigé par les instances ministérielles. En effet, par son plan d'action en santé mentale, le MSSSQ (2005) a décidé de faire de la première ligne la voie d'entrée dans le système de soins pour le suivi des patients et leur rétablissement. Les centres de réadaptation en dépendance doivent donc s'adapter à cette vision. Bien qu'ayant toujours offert des services de deuxième ligne par le biais de séjours visant la désintoxication, l'accent se veut maintenant porté sur les actions visant l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes toxicomanes. Pour ce faire, ces nouvelles orientations exigent des infirmières qu'elles puissent effectuer des évaluations, agir en tant qu'intervenantes pivot et établir une interface efficace avec les autres professionnels impliqués dans le suivi des usagers (OIIQ, 2007). C'est donc dire que les infirmières qui choisiront d'œuvrer dans ce milieu devront faire preuve d'un jugement clinique solide et d'une expertise professionnelle accomplie.

Selon l'OIIQ (2007), les infirmières qui travaillent déjà dans le domaine de la santé mentale, dont les CRD, détiennent une expertise spécifique qu'elles ont acquise par le biais de leurs activités de perfectionnement. En effet, ce secteur d'activité demande un vaste champ de connaissances tant sur le plan scientifique, psychopathologique, psychopharmacologique, neurobiologique que sur le plan du savoir-faire, des habiletés relationnelles, de l'approche thérapeutique, de la réadaptation psychosociale que du rétablissement (OIIQ, 2007). Cependant, les professionnelles possédant un tel niveau de spécialisation se font rares. Voilà, en partie, pourquoi il est si difficile pour ces centres d'engager du personnel qualifié. Travailler en santé mentale est exigeant et, comme il a été clairement exprimé, les connaissances requises pour agir de façon efficiente s'acquièrent avec l'expérience clinique. Il est utopique de croire en la possibilité d'embaucher du personnel novice aussi qualifié (Domrémy MCQ, 2011). Il n'est donc pas surprenant que les CRD soient aux prises avec des difficultés de recrutement et de rétention. Cependant, avant de tenter d'apporter des solutions à cette situation préoccupante, il est nécessaire de bien saisir le rôle des infirmières qui œuvrent en toxicomanie. La compréhension des principaux enjeux vécus par les infirmières en CRD permettra, ultimement, d'identifier les stratégies à adopter pour faciliter le recrutement de ces professionnelles et d'en assurer la rétention.

3.2 La toxicomanie

Selon le DSM-IV-TR, la toxicomanie est définie comme étant un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. On y associe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive (America Psychiatric Association, 2000). En fait, il existe de nombreuses définitions qui tentent de décrire le plus fidèlement possible ce que représente ce problème de santé. L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) (2010a) fait ressortir que bon nombre d'études ont campé une définition de la toxicomanie basée sur la prémisse que cette problématique serait plutôt transitoire, c'est-à-dire ayant un début et une fin. Toutefois, la toxicomanie peut aussi se présenter dans une forme de type chronique, qui ne se résorbe pas, du moins pas à court ou moyen terme. C'est donc dire que la toxicomanie touche les gens de différentes façons. Pour certains, la toxicomanie se révèle un problème de santé passager alors que d'autres sont aux prises avec des troubles de dépendance à plus long terme voire de façon chronique (ACRDQ, 2010a).

Peu importe de quel type de toxicomanie il s'agit, aucun pays n'échappe au problème des dépendances (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) & Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2010). Des consommateurs de substances sont présents dans le monde entier, parmi les hommes, les femmes et la

jeunesse. L'incidence de la toxicomanie est en augmentation et, dans beaucoup de pays, l'usage de substances est à l'origine d'autres problèmes (UNODC & OMS, 2010). Effectivement, comme l'indique l'OMS dans son document rédigé conjointement avec l'UNODC, l'usage de drogues et la toxicomanie constituent un problème de santé publique ayant des conséquences graves sur le développement et la sécurité des consommateurs. À l'échelle mondiale, on estime que 205 millions de personnes consomment des drogues illicites, dont quelque 25 millions qui en sont dépendantes (UNODC & OMS, 2010). De plus, la consommation de drogues fait partie des vingt principaux facteurs de risque sanitaires à l'échelle mondiale et l'un des dix principaux dans les pays développés. Toujours selon UNODC et OMS (2010), les troubles liés à l'usage de drogues sont associés à un risque accru de survenance d'autres problèmes de santé comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/Sida, l'hépatite, la tuberculose, le suicide, le décès par surdose et les maladies cardiovasculaires. En tenant compte des activités criminelles liées à l'usage de drogues, le coût économique de la consommation de drogues et de la toxicomanie peut atteindre jusqu'à 2 % du produit intérieur brut (PIB) dans certains pays.

Au Québec, selon l'ACRDQ (2010b), 12% de la population qui rapporte consommer de l'alcool en ferait usage à un niveau qui dépasse régulièrement les normes de consommation sans risque. Ces normes étant établies à trois consommations par jour pour les hommes à deux consommations par jour pour les femmes (Éduc'alcool, 2007).

D'autre part, 4% de ces individus rapportent avoir des troubles concrets liés à leur prise d'alcool et un autre 4% affirment que l'alcool est la cause directe de plusieurs problèmes récurrents et entraîne une souffrance significative, tant à titre individuel que pour leur entourage (ACRDQ, 2010b). En matière de drogues, la prévalence du diagnostic de dépendance est de moins de 1% (0,8%) pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Ce pourcentage peut sembler faible mais mérite tout de même d'être considéré. Du côté des adolescents, environ 14% des garçons et 11% des filles ont une consommation régulière pour laquelle une intervention de prévention serait indiquée (ACRDQ, 2010b). Ces problèmes de dépendance entraînent de graves conséquences (ACRDQ, 2010c). Par exemple, à Montréal, en 2002, plus de trois mille hospitalisations en relation avec la consommation de psychotropes ont été dénombrées. Près des trois quarts (73%) de ces hospitalisations étaient dues à la surconsommation d'alcool (ACRDQ, 2010b). Ces hospitalisations sont le plus fréquemment en lien avec des tentatives de suicide et des auto-intoxications, de la pharmacodépendance et des intoxications par tranquillisants ou par antidépresseurs (MSSSQ, 2006).

En plus de l'alcool et des drogues, les jeux de hasard et d'argent peuvent aussi entraîner une dépendance. En 2002, au Québec, 81% des adultes ont eu recours à ce type de jeux. De ce nombre, 2% ont une situation de jeu qui peut être qualifiée de problématique (ACRDQ, 2010b). Les dépendances représentent donc un problème préoccupant, sans parler des pratiques de consommations qui se diversifient et

s'aggravent. En effet, selon le MSSSQ (2006), dans les dernières années, la consommation d'alcool et de drogues illicites à un âge précoce a augmenté. Le phénomène de la polyconsommation s'est aussi accentué et la popularité de séances de «calage» s'est accru (séances au cours desquelles la personne prend, à une même occasion, des consommations tellement nombreuses qu'elles peuvent conduire à une perte de conscience et même à la mort) (MSSQ, 2006). De plus, le milieu des années 90 a vu l'émergence des fêtes «techno» propices à la consommation de produits qualifiés de drogues de synthèse. Finalement, le phénomène lié à l'inhalation de vapeurs d'essence ou d'autres solvants par les jeunes, plus particulièrement au sein de certaines communautés autochtones, s'est aussi aggravé (MSSQ, 2006).

Bref, que la dépendance soit au niveau de l'alcool, des drogues ou du jeu, celle-ci entraîne nécessairement des effets néfastes tant au niveau des personnes qui souffrent de cette dépendance que de leur entourage. En effet, les méfaits sur le plan de la santé sont dévastateurs, qu'il s'agisse par exemple de la cirrhose, du syndrome alcoolique fœtal, des surdoses ou de la transmission des hépatites et du VIH (MSSSQ, 2006). De plus, l'alcool serait en cause dans près de 54% des homicides involontaires, dans 50% des suicides et dans un nombre important de cas de violence familiale et de négligence (MSSSQ, 2006). L'usage des drogues est aussi associé à des activités criminelles, à des comportements sexuels jugés à risque, au phénomène du décrochage scolaire et à la manifestation de comportements délinquants (MSSSQ, 2006). Selon l'ACRDQ (2010b),

près de 40% des Québécois affirment subir l'une ou l'autre de ces conséquences négatives qui découlent de la consommation excessive d'alcool ou de drogues de l'un de leurs proches. Les dépendances représentent donc un trouble de santé complexe auquel les professionnels de la santé, dont les infirmières, sont de plus en plus souvent confrontés. Dans le but de clarifier le mandat des intervenants qui travaillent avec ce type de clientèle, dont les infirmières, le MSSSQ (2006) a rédigé un document énonçant clairement les orientations relatives aux accès : de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience que le programme-services dépendances se doit d'assurer.

3.3 La toxicomanie et les actions ministérielles

Le programme-services dépendances mis en place par le MSSSQ (2006) s'adresse principalement aux personnes présentant des comportements à risque, des problèmes d'abus ou des problèmes de dépendance concernant l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent. Par la mise en place de ce programme, le ministère vise la priorisation des interventions effectuées auprès des femmes enceintes, des mères de jeunes enfants, des jeunes en difficulté et des personnes ayant des troubles de santé mentale. Le but de ce plan d'actions est de prévenir, de réduire et de traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services. Il prévoit également l'offre d'un appui destiné aux familles et aux proches des personnes dépendantes. Pour ce faire, chaque niveau d'organisation, dont les CRD, se doit d'offrir plusieurs services de manière équitable sur l'ensemble du territoire

québécois. Ces différentes organisations doivent s'assurer que les personnes dans le besoin et leurs proches accèdent, de façon claire, simple et rapide, aux services généraux, spécifiques et spécialisés (MSSSQ, 2006). Le MSSSQ (2006) souhaite aussi que la cohésion et la continuité des interventions soient améliorées en resserrant leur coordination. Finalement, le rehaussement de la qualité des services et des interventions cliniques est aussi priorisé par le renforcement des compétences des intervenants et des gestionnaires.

C'est donc dans un objectif de cohérence avec les directives émises par le MSSS que les CRD poursuivent comme mission la proposition de services spécialisés visant la réadaptation et la réinsertion sociale (ACRDQ, 2010c). Ces centres suivent le programme régional d'évaluation spécialisée en plus d'offrir l'accès à la désintoxication externe intensive, à la désintoxication avec hébergement, à la réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone), à la réinsertion sociale et au soutien à l'entourage. Plus précisément, la mission fixée par l'équipe de dirigeants de Domrémy MCQ vise l'offre de service spécialisé d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique dans l'ensemble de la région Mauricie et Centre-du-Québec (Domrémy MCQ, 2011). De plus, ces services visent à rétablir l'équilibre physique, psychologique et social des personnes en leur permettant de retrouver leur autonomie ou de réduire les méfaits qui sont associés à leur

problème. Les services s'adressent aux adolescents, aux adultes hommes et femmes, aux personnes âgées ainsi qu'à leur entourage soit la famille, les parents, les conjoints ou toute autre personne significative. Domrémy MCQ œuvre en concertation et complémentarité avec les partenaires des différents réseaux publics et du milieu communautaire favorisant ainsi la continuité et la qualité des services. Finalement, pour chacune de ces missions, le ministère précise que chaque CRD doit disposer de personnel qualifié et spécialisé pour effectuer les interventions nécessaires au bon traitement des personnes dépendantes (MSSSQ, 2006). En d'autres termes, le MSSSQ prévoit que les CRD puissent offrir des soins de qualité à leur clientèle. Pour ce faire, ces organisations doivent donc employer des professionnels qui possèdent une expertise clinique en ce domaine. Sachant cela, il est possible de croire que les problèmes de recrutement et de rétention du personnel infirmier rencontré au sein des CRD auraient un impact sur la qualité des soins dispensés. En effet, afin d'assurer un suivi clinique et médical adéquat, il semble primordial que le personnel employé détienne les connaissances et l'expérience nécessaires pour travailler avec ce type de clientèle. Dans le but de tenter d'améliorer la stabilité du personnel en CRD, il est pertinent de s'attarder aux études s'intéressant à cette problématique.

3.4 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier, l'organisation du travail en toxicomanie et la méthode Toyota dans la littérature

Dans le but de bien mener ce projet de recherche, une revue de la littérature exhaustive a été effectuée. Les bases de données Academic Search Complete, CINAHL with Full Text, Cochrane Library, Medline with Full Text et psycINFO ont été explorées. La recension des écrits a donc été réalisée en se concentrant sur les trois principaux concepts de cette étude soit le recrutement et la rétention du personnel infirmier, l'organisation du travail en toxicomanie et la méthode Toyota.

3.4.1 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier

Cette section se consacre à l'examen critique des écrits sur le recrutement et sur la rétention du personnel infirmier. Cette revue de la littérature a permis d'identifier les principales notions explorées autour de ces concepts.

D'abord, la majorité des articles consultés s'accordent pour affirmer que les difficultés de recrutement et de rétention dans les divers milieux de soins représentent une réalité préoccupante (Hayes et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2002; Lavoie-Tremblay, O'Brian-Pallas, Gélinas, Desforbes & Marchionni, 2008). L'addition de ce problème à la pénurie d'infirmières notée depuis plusieurs années déjà rend la gestion des organisations de santé difficile. Cette situation entraîne donc de graves conséquences (Hayes et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2002; Lavoie-Tremblay, et al., 2008). En ce

sens, plusieurs études démontrent que le manque d'effectif infirmier a un impact négatif sur la capacité des centres à répondre aux besoins des usagers en plus de nuire à la qualité des soins dispensés (Hayes et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2002; Lavoie-Tremblay, et al., 2008). Certains auteurs affirment même que ce problème influence le moral des équipes de soins et leur productivité (Hayes et al, 2006). Comme il a été démontré précédemment que la pénurie d'infirmières sévirait encore au cours des années à venir, il devient primordial de s'intéresser davantage aux problèmes de recrutement et de rétention du personnel infirmier (OIIQ, 2007). Une compréhension plus approfondie de ce phénomène permettrait aux organisations de devenir plus attrayantes et de conserver leur personnel déjà à l'emploi. Toutefois, avant de s'attarder plus attentivement à ce phénomène, il est nécessaire de s'entendre sur une définition des problèmes de recrutement et de la rétention du personnel.

Peu de recherches traitant de façon spécifique des difficultés de recrutement du personnel infirmier ont été trouvées sur les différentes bases de données explorées. En effet, la majorité des articles scientifiques consultés se concentraient plutôt sur les problèmes de rétention rencontrés dans le domaine de la santé. Entre autres, une méta-analyse, effectuée par Hayes et al. en 2006, s'est révélée très intéressante. Cette recherche, se basant sur l'analyse de 37 articles scientifiques publiés entre les années 1991 et 2004, avait pour but de proposer une définition des problèmes de rétention rencontrés dans les divers établissements de santé. À la suite de cet exercice, les auteurs

sont arrivés à suggérer que des difficultés de rétention sont rencontrées lorsque le personnel infirmier quitte son environnement de travail, par exemple, son unité de soins, ou est transféré vers un autre environnement de travail. Cette définition comprend donc les départs volontaires et involontaires en plus des changements de milieu de pratique au sein d'une même organisation et ceux au sein d'organisations différentes (Hayes et al, 2006). Dans le cas de Domrémy MCQ (2011), les problèmes de rétention sont surtout engendrés par les départs volontaires des infirmières. En effet, comme Domrémy MCQ est simplement composé de deux volets : le volet externe et le volet hébergement, peu de départs involontaires, outre les licenciements, ou de changements de milieux de pratique peuvent être effectués au sein de cette organisation. Sachant cela, il devient nécessaire de comprendre les raisons qui poussent les infirmières à quitter leur emploi.

Aiken et al. (2001) font ressortir plusieurs études canadiennes, américaines, anglaises, écossaises et allemandes qui se sont déjà penchées sur les facteurs influençant les difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier . En effet, cette problématique semble être préoccupante pour les chercheurs, et ce, depuis quelques années. Irvine et Evans (1995) prévoyaient déjà que les milieux de santé seraient confrontés à des difficultés de rétention des infirmières. Ils se sont donc intéressés à ce phénomène et ont été en mesure de déterminer qu'il existait une relation très significative entre la satisfaction au travail et les départs des infirmières. Ces conclusions ont, par la suite, été confirmées par trois autres études (Coomber & Barriball, 2003;

Strachota, Normandin, O'Brien, Clary, & Krukow, 2003; Taunton, Boyle, Woods, Hansen, & Bott, 1997). Dans le même ordre d'idées, Tai, Bame et Robinson en 1998, se sont penchés sur l'identification des principaux facteurs influençant les départs des infirmières soit : l'âge des professionnelles, la satisfaction au travail, l'implication des supérieurs, les occasions d'avancement de carrière et la relation avec la partie patronale. Yin et Yang (2002) ont aussi démontré l'importance jouée par des facteurs de l'environnement de travail. De même, l'analyse des 37 études par Hayes et al. (2006) citée plus haut a aussi permis de classer les déterminants qui influencent la rétention du personnel infirmier. Ces chercheurs parlent, eux aussi, de la satisfaction au travail, des facteurs modérateurs personnels, des caractéristiques organisationnelles, de la charge de travail, du stress, du surmenage, du style de gestion, de la capacité de promouvoir les compétences professionnelles, de l'autonomie, des possibilités d'avancement de carrière, des horaires de travail, des facteurs individuels et des facteurs économiques.

Au Québec, l'équipe de recherche de Lavoie-Tremblay (2008) s'est aussi intéressée à cette problématique. Ces chercheurs ont démontré, d'une part, qu'une faible satisfaction au travail engendrée par de piètres conditions de travail augmente l'intention de quitter l'emploi en cours. D'autre part, les caractéristiques organisationnelles, la charge de travail, le style de gestion, l'autonomie accordée aux professionnelles, le développement des compétences, les possibilités d'avancement de carrière et les horaires de travail seraient d'autres facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie au travail.

Dans le même ordre d'idées, une autre étude de Lavoie-Tremblay et al. (2002) a porté sur la satisfaction au travail des infirmières novices. Selon cette étude, les infirmières récemment engagées dans un nouveau milieu doivent tenter de répondre aux attentes des milieux de pratique en plus de développer une identité professionnelle ce qui les rend vulnérables, augmente leur niveau d'anxiété et diminue leur sentiment de satisfaction au travail. L'inconfort ressenti au travail en plus de la complexité des soins, des changements structuraux, de la diminution du temps de travail supervisé et de la perte de l'expertise clinique poussent près de 8% des nouvelles infirmières à envisager un autre plan de carrière (OIIQ, 2011). Comme l'intégration au milieu de travail représente un facteur qui influence grandement la satisfaction au travail des nouvelles infirmières, Lavoie-Tremblay et al. (2002) ont tenté d'identifier les éléments clés que doit posséder un programme d'orientation. L'analyse des données collectées par cette équipe de recherche a permis d'identifier cinq éléments clés permettant aux nouvelles infirmières d'être en mesure d'assumer les mêmes responsabilités que les infirmières expérimentées. L'accueil, la formation, la supervision du programme, le soutien et l'évaluation du programme d'orientation ont été nommés comme étant les éléments déterminants d'un bon programme d'orientation. En référence aux cinq éléments déterminants, l'étude de Lavoie-Tremblay et al. (2002) fait d'abord ressortir l'importance d'un accueil chaleureux et rassurant pour le nouveau personnel. La formation, quant à elle, doit être complète et précise. Ensuite, les chercheurs parlent de des superviseurs qui doivent être encadrés. Afin que les superviseurs puissent

accompagner efficacement les nouvelles infirmières et ajuster leurs attentes, il est nécessaire qu'ils évaluent les bons éléments en utilisant des outils standardisés (Lavoie-Tremblay et al., 2002). De plus, un soutien constant doit être offert aux nouvelles engagées. L'étude suggère que ces dernières participent à trois sessions de trois heures en groupe étalées sur une période de six mois. Les objectifs de ces sessions sont de normaliser les émotions ressenties relativement au travail, de ventiler ces émotions et de connaître des collègues de travail qui vivent la même réalité. Finalement, l'évaluation régulière du programme d'orientation permet l'évolution et l'amélioration du programme d'orientation selon les attentes du nouveau personnel. Aussi, Lavoie-Tremblay et al. (2002) soulignent l'importance de la période d'orientation. En effet, la période d'orientation permet aux infirmières de développer des méthodes de travail et des stratégies qui les aideront à progresser dans la profession. Pour que cette période se passe bien et donne les résultats escomptés, les infirmières nouvellement engagées doivent bénéficier d'un programme d'orientation efficace se basant sur les cinq éléments clés mentionnés par les auteurs. Un tel programme leur permettra de surmonter les défis présents dans la profession d'infirmière et d'augmenter, ainsi, le taux de rétention du personnel.

L'analyse de ces écrits scientifiques a donc permis d'identifier plusieurs facteurs qui semblent influencer les problèmes de rétention du personnel infirmier dans la majorité des milieux de soins. La satisfaction au travail, les différentes caractéristiques

organisationnelles et la qualité du programme d'orientation sont des facteurs qui seront explorés avec les infirmières œuvrant chez Domrémy MCQ. Cependant, comme cette organisation de santé est considérée comme un milieu particulier, il serait pertinent de savoir si d'autres facteurs, propres aux CRD, sont susceptibles d'influencer le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

3.4.2 Le recrutement et la rétention du personnel infirmier en CRD

Les difficultés de recrutement et de rétention des infirmières qui travaillent en CRD ont rarement été traitées dans les recherches. Pourtant, comme dans toutes les autres organisations, cette problématique apporte de graves conséquences au niveau de la gestion des soins en plus de réduire la qualité des soins dispensés aux usagers (Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, & Catling-Paull, 2009 ; Knudsen, et al., 2011 ; Tai, Bame, & Robinson, 1998). Finalement, les CRD doivent aussi faire face aux effets financiers causés par la perte de leur expertise infirmière nuisant ainsi au suivi des usagers et à l'application des meilleures pratiques de soins (Woltmann et al., 2008).

Dans le but de mieux comprendre l'ampleur de cette problématique, l'étude de Knudsen, et al. (2011) est l'une des rares recherches qui s'est attardée aux difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier en CRD. De plus, cette étude se démarque puisqu'elle traite les difficultés de rétention comme étant un problème organisationnel. Les résultats mis de l'avant par cette étude démontrent, d'une part, que

les CRD sont plus gravement touchés par les départs volontaires des infirmières que dans les autres milieux de soins (Knudsen, et al., 2011). D'autre part, Knudsen, et al. (2011) affirment que les postes vacants infirmiers sont plus difficiles à combler prenant, en moyenne, un peu plus de deux mois (74,4 jours) pour trouver preneur. En comparaison, chez les intervenants sociaux, ce laps de temps a été calculé à 50,2 jours. Certaines caractéristiques organisationnelles semblent influencer cette situation. En effet, le stress relié au type de clientèle traité ainsi que le milieu de travail ont été mis de l'avant comme étant des facteurs déterminants pour la rétention du personnel infirmier. Ces facteurs peuvent aussi expliquer en partie les difficultés de recrutement rencontrées par les CRD.

3.4.3 L'organisation du travail en toxicomanie

L'organisation du travail en toxicomanie a été exploitée comme second concept dans cette étude. Comme très peu de recherches québécoises traitent de ce sujet, la majorité des résultats présentés proviennent d'articles scientifiques américains. Aux États-Unis, la plupart des CRD sont considérés comme des établissements de santé privés. Certaines caractéristiques organisationnelles sont donc différentes de celles rencontrées au sein des CRD québécois qui font partie du réseau public de la santé et des services sociaux. Malgré cela, il est tout de même intéressant de s'attarder à ces recherches. Les résultats probants qui y sont mis de l'avant pourraient inspirer certains projets ou recherches menés ici, au Québec.

Des études américaines affirment que les CRD font présentement face à des problématiques organisationnelles importantes (Corredoira, & Kimberly, 2006 ; Knott, Corredoira, & Kimberly, 2008). En effet, comme il a été démontré précédemment, les CRD peinent à garder leur personnel à l'emploi (Knudsen, et al., 2011). Ces centres de santé arrivent difficilement à maintenir un niveau de qualité de soins élevé (Corredoira, & Kimberly, 2006 ; Knott, et al., 2008). C'est donc dans le but de demeurer attrayant pour le personnel de santé et de maintenir des standards de qualité élevés par rapport aux soins de santé dispensés que les CRD devront effectuer certains changements au niveau des modes de gestion employés (Corredoira, & Kimberly, 2006 ; Knott, et al., 2008).

En ce sens, certains auteurs suggèrent que la fusion des CRD pourrait représenter une avancée sur le plan organisationnel (Corredoira, & Kimberly, 2006). La fusion des établissements de santé risquerait d'engendrer plusieurs changements tant au niveau de la qualité des soins qu'au niveau administratif en plus de permettre aux plus petits centres de se moderniser (Corredoira, & Kimberly, 2006). Toutefois, une centralisation des services représenterait un changement important. Tout comme le prévoit la philosophie Toyota, ces auteurs affirment que les bénéfices d'un tel changement ne pourraient se calculer en termes financiers (Corredoira, & Kimberly, 2006; Liker, 2009). En effet, procéder à la révision des différents processus de gestion par le biais d'une fusion représente une décision importante fondée sur une réflexion à long terme qui risque d'aller au détriment des objectifs financiers à court terme (Liker,

2009). Selon les prévisions des auteurs, les impacts positifs d'une telle démarche de restructuration seraient surtout attendus au niveau de l'amélioration de la qualité des soins et de la performance au travail du personnel (Liker, 2009). De même, l'augmentation de l'efficacité des traitements pourrait aussi avoir une influence positive pour la société en général. En ce sens, Corredoira et Kimberly (2006) mentionnent que si une telle fusion avait bel et bien lieu, cela favoriserait probablement l'adoption de nouveaux traitements qui, ultimement, pourraient réduire le nombre de récidives et la durée de séjour des usagers

Alors que certains proposent une fusion des centres pour redresser la situation des CRD, d'autres chercheurs affirment plutôt que des changements au niveau des modes de gestion employés doivent être mis de l'avant (Corredoira, & Kimberly, 2006 ; Knott, et al., 2008). En effet, dans l'étude de Knott et al. (2008), les impacts d'un mode de gestion dit franchisé sont explorés. Le style de gestion par franchise, qui s'apparente au modèle Toyota à certains égards, permet à chaque organisation franchisée de progresser plus rapidement tout en jouissant d'une autonomie leur permettant de prendre certaines initiatives (Knott, et al., 2008). Tout comme le prévoit la méthode Toyota, la clé de la réussite, lorsque le mode de gestion franchisé est appliqué, est de s'assurer que les établissements nouvellement franchisés reçoivent suffisamment de soutien (Knott, et al., 2008 ; Liker, 2009). De plus, par ce mode de gestion, l'accès aux innovations

technologiques et la promotion des méthodes de travail les plus efficaces et efficientes est facilité.

Une autre force du mode de gestion franchisé est la standardisation des pratiques qu'il prévoit. En standardisant les méthodes, il devient plus facile d'identifier les éléments qui fonctionnent moins bien et de les corriger. L'amélioration continue des services dispensés est aussi promue par ce type de gestion (Knott, et al., 2008). Ces dernières caractéristiques se rapprochent grandement de certains des principes fondamentaux de la méthode Toyota. Comme il a déjà été expliqué, les fondements de la méthode Toyota reposent sur son approche du travail fondée sur une obsession de l'amélioration continue (Liker, 2009). De plus, cette amélioration continue est favorisée par la standardisation des tâches (Liker, 2009).

Finalement, les auteurs mentionnent que le mode de gestion par franchise accorde une importance capitale à la période d'orientation du nouveau personnel (Knott, et al., 2008). En effet, la formation des employés permet de créer une culture forte et d'avoir l'assurance que les pratiques seront effectuées de la bonne façon (Knott, et al., 2008 ; Liker, 2009). Bref, la période d'orientation est une façon de s'assurer de la compétence du nouvel employé en plus de lui offrir le soutien nécessaire pour favoriser son intégration (Knott, et al., 2008 ; Liker, 2009). Toutefois, cette étude ne s'attarde pas aux impacts d'un tel programme d'orientation sur le niveau de rétention des employés.

À la lumière de ces études, il est possible d'affirmer que les CRD américains semblent être aux prises avec des problématiques similaires que celles vécues par les CRD québécois. Les solutions explorées par les recherches menées aux États-Unis méritent d'être étudiées attentivement. Des changements organisationnels doivent être effectués. En ce sens, l'application de la méthode Toyota, qui ressemble beaucoup au mode de gestion franchisé, semble être en mesure d'apporter les modifications organisationnelles nécessaires et rapportées comme pouvant être bénéfiques pour les CRD (Corredoira, & Kimberly, 2006 ; Knott, et al., 2008). Par ailleurs, plusieurs milieux de soins ont déjà effectué des démarches de changements similaires à l'aide de la philosophie du Lean, il devient donc nécessaire de s'y attarder (Bertholey, et al, 2009; Dickson, Anguelov, Vetterick, Eller, & Singh, 2009; Dickson, Singh, Cheung, Wyatt, & Nugent, 2009).

3.4.3 La méthode Toyota

La méthode Toyota, utilisée dans cette recherche comme cadre de référence, est souvent perçue comme étant une méthodologie essentiellement conçue pour le milieu industriel. Toutefois, cette philosophie de gestion est de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé. C'est au début des années 2000, aux États-Unis, que les premiers projets mettant en application la méthode Toyota dans le système de santé ont été tentés (Womack, Byrne, Fiume, Kaplan & Toussaint, 2005).

Au Québec, plusieurs organisations de santé font face à diverses situations problématiques. À la demande du gouvernement, ces dernières doivent réduire leurs dépenses financières tout en maintenant la qualité de leurs services (MSSSQ, 2010). Pour arriver à atteindre cet objectif, des changements organisationnels devront être entamés. En ce sens, la révision des pratiques cliniques et administratives peut s'avérer un bon point de départ (Kim, Spahlinger & Billi, 2009). La méthode Toyota constitue donc un mode de gestion qui s'avère intéressant pour les centres de santé. La revue de la littérature s'attardant à ce concept permettra de faire ressortir des études qui démontrent les effets positifs de l'approche Lean en santé. Appliquée au sein de ce domaine, la méthode Toyota vise principalement le redressement de la qualité des soins et des services rendus aux usagers par l'amélioration de la sécurité de l'utilisateur, l'utilisation efficiente des ressources et l'optimisation du travail des professionnels de la santé (Bertholey, et al., 2009; Dickson, Anguelov, Vetterick, Eller, & Singh, 2009; Dickson, Singh, Cheung, Wyatt, & Nugent, 2009; Kim, et al., 2006; Kim, Spahlinger & Billi, 2009; Ng, et al., 2010; Simon, & Canacari, 2012).

Certains milieux ont intégré la méthode Toyota dans le but d'améliorer la sécurité du patient en réduisant les erreurs commises. Le Virginia Mason Medical Center (VMMC) est l'un des premiers hôpitaux américains à s'être lancé dans une telle démarche (Holden, 2011 ; Kenney, 2011; Lazarra, 2012). Afin de réduire l'exposition des usagers à des situations dangereuses, l'équipe de l'urgence de cette organisation

s'est lancée dans l'identification des situations pouvant mener à une erreur (Kenney, 2011). S'inspirant donc du principe qui affirme qu'il est préférable d'arrêter le processus pour construire la qualité (jidoka), l'équipe du VMMC a d'abord identifié les situations à risque à l'aide de rapports (Kenney, 2011; Liker, 2009). La rédaction de ces rapports a ensuite permis l'instauration d'un programme de prévention des chutes. Ce faisant, une diminution considérable des accidents reliés aux chutes a été notée passant de 3,33 chutes pour 1000 usagers à 2,48 en trois ans (VMMC, 2010).

De la même façon, l'équipe de traumatologie du Bolton Hospital NHS Trust, en Angleterre, s'est lancée dans la révision de ses divers processus cliniques (Fillingham, 2007). Concernés par le nombre important d'erreurs de médication et de chutes, certains professionnels ont participé à l'élimination des différentes sources de gaspillage rencontrées dans plusieurs procédés de soins (Fillingham, 2007). En effet, comme il a été souligné précédemment, dans un projet Lean, la plus grande part de l'amélioration vient de l'élimination des ASVA (Liker, 2009). En lissant la tâche de travail, ce centre anglais a réduit le temps de prise en charge des usagers avec fracture de hanche de 2,3 jours à 1,7 en plus de favoriser le travail multidisciplinaire et de diminuer la durée de séjour de 33% (Fillingham, 2007).

L'amélioration de la qualité des services prévoit une utilisation efficiente des ressources. Plusieurs études ont déjà démontré que l'application de la méthode Toyota

permettait d'atteindre cet objectif (Bertholey, et al. 2009; King, et al., 2006; Snyder, & McDermott, 2009; Wojtys, et al., 2009).

À titre d'exemple, la recherche australienne menée par King et al. (2006) a permis de décrire comment l'application des principes de la méthode Toyota a permis de réduire les délais d'attente dans une urgence. En observant, d'une part, la trajectoire des usagers admis dans l'unité de soins et, d'autre part, ceux qui quittaient l'urgence, ces chercheurs ont constaté des temps d'attente importants. En effet, ces derniers ont été notés entre la première évaluation du patient au triage et la prise en charge médicale. De plus, l'augmentation de la durée de séjour à l'urgence a aussi été reliée à la présence de différent gaspillage. En éliminant ces gaspillages et en optimisant les AVA de l'équipe médicale, les chercheurs ont mesuré une diminution de 2,3% du temps d'attente pour l'obtention d'un congé après une première évaluation médicale. Aussi, le temps d'attente avant l'obtention d'un lit lors d'une demande d'hospitalisation est passé de 8,5 heures à 7 heures.

Une autre étude, s'intéressant à l'amélioration du système de prise de rendez-vous d'un centre de santé américain, a également tenté d'améliorer l'efficacité de ses services en appliquant les principes de la méthode Toyota (Wojtys, et al., 2009). Dans le but de réduire la complexité des procédés entourant la prise de rendez-vous par téléphone, les chercheurs ont identifié les gaspillages présents. L'analyse des gaspillages

a ensuite permis à l'équipe de travail de trouver des solutions afin d'optimiser ce processus et d'augmenter les AVA. Un mois après avoir réduit certaines manipulations inutiles et avoir procédé à la standardisation d'autres tâches, 75% des prises de rendez-vous ont été effectuées lors d'un seul appel qui durait, en moyenne, 2,5.

Finalement, les études se basant sur la méthode Toyota insistent aussi sur l'importance de l'optimisation du travail des professionnels (Ben-Tovim et al., 2007 ; Liker, 2009; Kim, et al., 2006 ; Kim, et al., 2009 ; Simon, & Canacari, 2012 ; Van Lent, Goedbloed & Van Harten, 2008). Pour que l'approche Lean donne les résultats escomptés, chaque projet doit créer un environnement de travail au sein duquel les difficultés rencontrées sont perçues comme des occasions d'amélioration (Liker, 2009 ; Simon, & Canacari, 2012). Pour ce faire, l'examen des processus cliniques dans la perspective de l'utilisateur est une étape primordiale (Ben-Tovim et al., 2007 ; Liker, 2009 ; Kim, et al., 2006 ; Kim, et al., 2009 ; Simon, & Canacari, 2012 ; Van Lent, et al., 2008). Il s'agit donc d'observer les différents processus et de séparer les étapes qui génèrent de la valeur de celles qui n'en apportent pas (Liker, 2009). Une fois l'identification des principales sources de gaspillage effectuée, il est important de travailler à les éliminer le plus possible de manière à minimiser le temps passé à des tâches non génératrices de valeur (Liker, 2009). De cette façon, le temps passé en AVA est augmenté, ce qui contribue ainsi à optimiser le travail des équipes «terrain» (Jacobsen, 2008).

En ce sens, l'étude de Ben-Tovim et al. (2007) s'est concentrée sur l'identification des sources de gaspillage présentes sur différentes unités de soins du Flinders Medical Center en Australie. L'observation des processus cliniques au bloc opératoire, à l'urgence et sur un département de médecine a permis d'identifier plusieurs délais d'attente inutiles en plus de faire ressortir la présence de dédoublements de tâches. Une restructuration des procédés entourant la gestion des lits et l'administration des médicaments a permis d'augmenter les AVA effectuées par le personnel. Ainsi, une nette amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins a été notée.

Dans le but d'augmenter l'efficacité d'une unité de services externes d'oncologie, une étude des processus cliniques a aussi été effectuée par l'équipe de recherche de Van Lent et al. (2009). En raison d'une augmentation des demandes de services, l'unité d'oncologie étudiée composait avec plusieurs difficultés touchant principalement les temps d'attente avant la prise en charge pour l'administration des traitements de chimiothérapie et la pression au travail ressentie par le personnel soignant. L'observation et l'analyse des différents processus cliniques a permis de faire ressortir différentes sources de gaspillage qui pouvaient expliquer, en partie, les difficultés du milieu. D'abord, une mauvaise planification des rendez-vous des usagers a été constatée. L'horaire des traitements établi ne concordait pas avec les disponibilités du personnel infirmier causant ainsi des temps d'attente pour l'utilisateur. De même, des difficultés au niveau de la commande des traitements causant une importante perte de

temps aux infirmières ont été remarquées. En revoyant ces processus cliniques à l'aide de la méthode Toyota, les auteurs ont mesuré une augmentation de la productivité des équipes de soins de 12% ainsi que la réduction de 81% du temps supplémentaire effectué par l'équipe infirmière.

Les études présentées dans cette recension des écrits ont permis de démontrer que l'application de la méthode Toyota peut aussi entraîner des changements significatifs dans le domaine de la santé. Bien qu'aucune d'entre elles n'aient été menée en CRD, ces recherches peuvent tout de même guider ce projet. Les problématiques présentes en CRD s'apparentent aux difficultés rencontrées dans d'autres milieux de travail. Souvent, les sources de gaspillage se ressemblent et certains types d'ASVA, par exemple les tâches cléricales, sont plus fréquemment rencontrées dans les milieux de soins. Par ailleurs, la méthode Toyota diffère des autres démarches employées en santé. En effet, Toyota met de l'avant une gestion du changement qui considère l'ensemble du milieu. Cette proposition consiste donc à analyser l'ensemble des problématiques d'un milieu comme étant un tout plutôt que de les isoler pour ensuite les traiter séparément.

Chapitre 4 : Méthodologie

Cette section du mémoire traite de la méthodologie employée dans le but d'optimiser les soins de santé de Domrémy MCQ. Ce chapitre résume donc concrètement les différents éléments pris en considération afin de bien mener ce projet de recherche.

À l'automne 2011, Domrémy MCQ entamait des démarches dans le but de faire face à ses difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier. En ce sens, une équipe de recherche de la chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'UQTR a été mandatée dans le but de mener une étude s'intéressant aux divers facteurs liés à l'organisation du travail influençant le recrutement et la rétention des effectifs infirmiers. Une fois l'objectif de ce projet bien clarifié, un partenariat a été établi entre la chercheuse principale de l'équipe de la chaire IRISS et l'équipe de Domrémy MCQ. Le projet pouvait alors débuter.

4.1 Le cadre de référence et le devis

Comme il a été démontré dans la recension des écrits, le recrutement et la rétention du personnel infirmier sont grandement influencés par les caractéristiques organisationnelles du milieu. L'emploi de la méthode Toyota comme cadre de référence s'est donc imposé comme étant le choix le plus approprié. En effet, cette méthode s'intéressant à l'organisation du travail d'une façon différente répondait aux besoins formulés par l'équipe de Domrémy MCQ. La méthode Toyota se veut une démarche

dynamique qui intègre les membres du personnel au cœur du projet, les encourage à participer activement au processus de changement et favorise une collaboration essentielle entre les professionnels terrain et les membres de la direction de l'organisation (Liker, 2009). C'est donc par souci de cohérence avec le cadre de référence que l'équipe de la chaire IRISS a décidé d'opter pour un devis de type recherche-action. En effet, ce type de devis vise une collaboration étroite entre le chercheur et les participants au cours de toutes les étapes du projet et a pour objectif de, non seulement, produire de nouvelles connaissances mais également de passer à l'action rapidement (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007; Valcarcel-Craig, 2009). Ce type de recherche, basé sur un processus circulaire, vise la compréhension des particularités du milieu à l'étude dans le but d'apporter des améliorations par l'action. Le chercheur y est donc considéré comme un observateur-participant et comme un acteur qui doit s'investir très rigoureusement dans la démarche de recherche. Bref, la recherche-action se concentre sur les problèmes et difficultés concernant les diverses pratiques d'un milieu donné pour y apporter des changements, des améliorations (Valcarcel-Craig, 2009). En choisissant ce devis, les échanges entre la chercheuse et les membres de l'équipe de soins infirmiers de Domrémy MCQ ont été favorisés et une atmosphère de collaboration a ainsi été créée.

Dans ce contexte de collaboration, une première collecte des données a été menée à la suite de laquelle certains changements ont été apportés dans le but de

restructurer certains processus et ainsi amener un impact positif sur le recrutement et la rétention du personnel infirmier. Bref, c'est en travaillant de concert avec l'équipe de soins infirmiers et avec certains gestionnaires que la recherche a permis de comprendre les différents processus cliniques des volets externe et hébergement des points de services de Trois-Rivières, de trouver des pistes d'amélioration, d'instaurer les changements ciblés pertinents et d'en évaluer les impacts au niveau du recrutement et de la rétention lors d'une seconde collecte de données.

4.2 Le déroulement de l'étude

Un premier contact avec le milieu a été établi lors d'une réunion avec le directeur général de Domrémy MCQ en juin 2011. Cette rencontre a permis l'identification des principaux enjeux de ce projet. La période consacrée à la première collecte de données a alors été déterminée, soit à l'automne 2011. À cette étape plusieurs observations ont été menées dans le but de bien comprendre le fonctionnement du milieu de recherche. Le portrait de Domrémy a donc été dressé selon plusieurs catégories présentées au tableau 2 à la page suivante. Des indicateurs ont aussi été ciblés à la suite des entrevues effectuées auprès du personnel terrain et auprès des gestionnaires de Domrémy MCQ ainsi qu'à la suite des observations faites directement sur le terrain par la chercheure. Ces indicateurs sont énumérés dans le tableau 3 à la page suivante.

Tableau 2 : Observations menées décrivant le milieu de recherche

1. Portrait du volet hébergement
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’usagers suivis • Personnel infirmier • Structure de postes et détails des disponibilités • Particularités
2. Portrait du volet externe
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’usagers suivis • Personnel infirmier • Structure de postes et détails des disponibilités • Particularités
3. Processus cliniques infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> • Entrée dans les services • Admission en hébergement • Gestion des médicaments • Suivi en externe

Tableau 3 : Indicateurs mesurés lors des deux collectes de données

Indicateurs reliés au personnel (infirmières et infirmières auxiliaires)
<ul style="list-style-type: none"> • Personnel infirmier ayant travaillé au cours de la dernière année • Personnel infirmier détenteur de poste • Temps supplémentaire effectué • Taux de roulement • Taux de rétention • Taux d’embauche • Niveau d’assurance-salaire

À la suite de cette première collecte de données, un rapport faisant état des données collectées et des principaux constats a été présenté au directeur général de Domrémy MCQ en octobre 2011. Une activité kaizen a, ensuite, été tenue selon les procédures identifiées par la méthode Toyota (l'horaire des trois jours d'atelier se trouve à l'appendice A). Cette activité, qui s'est tenue à la fin du mois d'octobre 2011, a permis au personnel impliqué dans le projet d'identifier les points à prioriser et de rédiger un plan d'action servant de guide dans l'initiation des changements. Le plan d'action est présenté dans le chapitre concernant la présentation des résultats de ce mémoire.

À la fin de 2011 et en début d'année 2012, un suivi a été effectué auprès de l'équipe de Domrémy MCQ afin d'apporter le soutien nécessaire à la réorganisation. Pendant cette période, soit de novembre 2011 à janvier 2012, les professionnels et gestionnaires de Domrémy ont procédé à la mise en place de certains changements. Ces derniers motivèrent donc la réalisation d'une seconde prise de données en février et mars 2012. Cette deuxième collecte a permis de quantifier les principaux changements apportés et d'évaluer leurs impacts sur l'organisation du travail ainsi que sur le recrutement et la rétention du personnel infirmier. La planification des activités de ce projet est résumée au tableau 4 à la page suivante.

Tableau 4 : Planification des activités

Activités	Dates
Lancement du projet : rencontre avec le directeur général de Domrémy	Juin 2011
Présentation du projet à l'équipe de gestion	Août 2011
Rencontre avec les membres du personnel touchés par le projet (infirmières, infirmières auxiliaires, agente des ressources humaines, agente du bureau des salaires)	Août 2011
Première collecte de données : Observation, entrevues informelles, données provenant des ressources humaines, données provenant du bureau des salaires	Septembre 2011
Compilation, analyse des données et rédaction d'un rapport de recherche	Septembre 2011
Présentation du rapport au DG	Octobre 2011
Activité kaizen	Octobre 2011
Suivi du projet et des avancées des actions ciblées	Janvier 2012
Seconde collecte de données	Février et mars 2012
Rédaction du rapport final et présentation au D.G.	Juin 2012

4.3 La population à l'étude

Cette recherche s'est intéressée au personnel infirmier du CRD partenaire comprenant les infirmières ainsi que les infirmières auxiliaires.

4.4 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion déterminés sont les suivants : travailler comme infirmière ou infirmière auxiliaire pour Domrémy MCQ, avoir terminé sa probation et être à

l'emploi depuis au moins 6 mois. Il est nécessaire de comprendre que les détails entourant le statut des travailleurs (temps plein, temps partiel occasionnel, temps partiel régulier) ont été délibérément ignorés. En effet, en voulant, par exemple, inclure seulement les travailleurs œuvrant à temps plein, la taille de l'échantillon aurait été trop petite nuisant ainsi à la validité de la recherche.

4.5 L'échantillonnage

L'échantillon de cette étude a été sélectionné par une méthode non probabiliste. L'ensemble du personnel infirmier de Domrémy a d'abord été informé de la tenue de la recherche par le biais d'une rencontre avec le directeur général. Par la suite, les infirmières et infirmières auxiliaires ont été approchées au début de leur quart de travail afin de solliciter leur collaboration. Ces dernières étaient alors libres de participer ou non à la recherche et donc de faire partie ou non de l'échantillon de convenance. À la suite d'une analyse de puissance statistique, il a été déterminé qu'un nombre suffisant d'observations serait obtenu par le biais de six infirmières et deux infirmières auxiliaires. En effet, le véritable échantillon de cette étude est composé d'un nombre d'observations et non d'un nombre de professionnels. Avec ce genre d'échantillonnage, plus une action est courte, plus elle doit être observée pour devenir significative alors qu'une action qui est plus longue peut être observée moins de fois pour être significative (Kanawaty, 1996). Dans son ouvrage, Kanawaty (1996) explique que, par exemple, un cycle industriel qui prend 0,1 minute à être réalisé doit être observé 200 fois afin d'être

significatif. Alors qu'un cycle qui prend plus de 40 minutes à se réaliser peut être observé trois fois seulement et être considéré tout aussi significatif. C'est donc en se basant sur cette analyse qu'il a été convenu que le nombre d'observations requises pour avoir des résultats significatifs serait atteint facilement à la suite des observations faites auprès de huit professionnelles (Kanawaty, 1996).

4.6 Les définitions opérationnelles

Les définitions opérationnelles permettent de préciser les concepts à l'étude. En effet, la présence de ces définitions assure une communication efficace en éliminant les mauvaises interprétations. Les définitions du recrutement et de la rétention du personnel, des activités à valeur ajoutée, des activités sans valeur ajoutée et de l'amélioration continue seront donc élaborées et clarifiées.

4.6.1 Le recrutement et la rétention du personnel

Le recrutement et la rétention du personnel se définissent comme étant la capacité d'un milieu donné d'attirer et de retenir le personnel infirmier (Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand Leclerc, 2002). La recension des écrits a permis de connaître différents agents qui semblent influencer le recrutement et la rétention du personnel infirmier dans des domaines autres que les CRD. On parle, entre autres, de la satisfaction au travail, du stress ressenti au travail et de différentes particularités organisationnelles.

En ce sens, plusieurs facteurs ont été identifiés pour illustrer cette relation. Irvine et Evans (1995) divise ces facteurs en trois catégories lesquelles sont :

1. Les caractéristiques économiques:

- Le salaire
- Les alternatives (emploi et occasions)

2. Les caractéristiques sociologiques:

- Les caractéristiques du travail telles que la routine, l'autonomie, la rétroaction, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de travail
- Les caractéristiques structurelles et de l'environnement de travail, à savoir la relation avec les superviseurs, le leadership, le stress, les occasions d'avancement et la participation

3. Les caractéristiques psychologiques et individuelles:

- L'âge
- L'expérience
- L'ancienneté dans l'organisation

Sachant cela, il devient nécessaire d'utiliser des instruments capables de bien mesurer ces différents éléments afin de déterminer lesquels d'entre eux sont présents en CRD. Certains éléments ont donc été ciblés comme étant des indicateurs pertinents, tel que mentionné au tableau 3 alors que d'autres, tels que la routine de travail, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle, la surcharge de travail, ont été mesurés lors des périodes

d'observation. De plus, les périodes d'observation ont permis d'identifier les différentes activités à valeur ajoutée (AVA) et les activités sans valeur ajoutée (ASVA) auxquelles s'adonnaient le personnel infirmier. Les définitions de ces concepts de même que celle de l'amélioration continue sont présentées dans les sections suivantes.

4.6.2 Les activités à valeur ajoutée

Les AVA sont celles qui seront profitables pour le client, c'est-à-dire les activités qui contribueront à améliorer la valeur du produit, la valeur du service (Liker, 2009). Dans le cadre de ce projet, les soins prodigués aux usagers ou encore la rédaction des notes au dossier servant au suivi de l'état de santé des usagers sont des exemples d'activités qui peuvent être considérés comme des AVA.

4.6.3 Les activités sans valeur ajoutée

Les ASVA sont généralement désignées comme étant des sources de gaspillage étant donné qu'elles n'apportent aucune amélioration à la valeur du produit ou du service. Dans un environnement de travail basé sur le TPS, le but est de créer un service en éliminant tout ce qui n'apporte pas de valeur ajoutée (Liker, 2009). Dans les services de santé, la duplication d'information et le temps passé à chercher du matériel, par exemple, sont vus comme étant des ASVA. Toutefois, certaines de ces activités peuvent être jugées obligatoires. En effet, les activités sans valeur ajoutée, mais nécessaires ne permettront pas d'améliorer le service ou le produit mais sont essentielles au

déroulement des processus. Le travail clérical, la réception des appels téléphoniques, la gestion des effets personnels des usagers, etc. sont des activités qui, d'un point de vue infirmier, n'apportent aucune valeur aux services dispensés aux usagers. Ces activités, ne pouvant être éliminées doivent donc être repensées de façon novatrice afin de limiter le gaspillage.

4.6.4 L'amélioration continue

L'amélioration continue est désignée comme étant un processus d'apprentissage qui permet la progression continue des activités en réduisant les gaspillages et en augmentant les AVA. Selon Liker (2009), l'amélioration continue se traduit par une évolution constante des services. Ainsi, il est nécessaire

(...) d'apprendre de ses erreurs, d'identifier la cause profonde des problèmes, de définir des contre-mesures efficaces, de donner aux individus les moyens de les mettre en place et de se doter d'un processus de transfert des nouvelles connaissances afin de les intégrer dans son savoir et dans son comportement (Liker, 2009, p. 311).

Finalement, la standardisation des processus représente la base de l'amélioration continue. Sans la standardisation des tâches, tout ce qui a été appris est perdu et ne peut servir à de nouvelles améliorations (Liker, 2009).

4.7 Les instruments de mesure

Les données décrivant le personnel infirmier, du volet hébergement et du volet externe de Domrémy MCQ, ont été obtenues de façon rétroactive pour l'année 2010-2011. Ces données ont été fournies par le service de la gestion des ressources humaines

(nombre d'infirmières, taux de roulement, taux de rétention, etc.), par le bureau des salaires (temps supplémentaire, niveau d'assurance-salaire, infirmières détentrices de poste et détails des disponibilités, etc.) ainsi que par les gestionnaires responsables du volet hébergement et du volet externe (nombre d'usagers suivis et particularités).

Au volet hébergement, les données décrivant les processus cliniques ont été obtenues par le biais d'observations directes et d'entrevues informelles. Les périodes d'observations ont été effectuées sur des quarts de travail complet à l'aide d'une grille électronique (St-Pierre, & Leblanc, 2011) ayant déjà été testée sur près de 500 infirmières. Il est possible de consulter cette grille à l'appendice B. Les observations ainsi que les entrevues informelles ont permis de comprendre les différents processus cliniques et administratifs, d'identifier les ASVA ainsi que les différentes sources de gaspillage en plus de faire ressortir les différentes caractéristiques organisationnelles qui pouvaient influencer le recrutement et la rétention du personnel. En effet, la méthode Toyota divise le travail en trois types d'actions; les AVA, les ASVA et les activités nécessaires. Le tableau 5, présenté à la page suivante dresse la liste des actions mesurées en précisant leur type.

Tableau 5 : Liste des actions mesurées et leur type.

Action observée	Type
Avec dossier consulte	AVA
Avec dossier écrit	AVA
Avec dossier planifie	AVA
Avec famille	AVA
Avec patient accompagne	ASVA
Avec patient AVQ	ASVA
Avec patient parle	AVA
Avec patient soigne	AVA
Avec patient transporte	ASVA
Avec patient enseigne	AVA
Avec patient évalue	AVA
Avec patient médicaments	AVA
Avec professionnel aide	AVA
Avec professionnel parle	AVA
Cherche	ASVA
Circule allège	ASVA
Circule matériel	ASVA
Circule tournée	ASVA
Gestion/supervision	AVA
Hôtellerie	ASVA
Inactivité	ASVA
Lavage de mains	AVA
Médicaments	AVA
Ménage	ASVA
Pause	Nécessaire
Prépare/planifie	AVA
Prépare isolements	AVA
Téléphone reçoit appel/gestion	ASVA
Téléphone reçoit appel/soins	AVA
Téléphone fait appel/gestion	ASVA
Téléphone fait appel /soins	AVA
Téléphone appel autre	ASVA

Du côté du volet externe, une entrevue semi-dirigée explorant différents thèmes (routine de travail, processus cliniques, tâches connexes, collaboration interdisciplinaire, irritants, etc.) a été effectuée par la chercheure principale auprès de deux infirmières. Comme la principale tâche des infirmières est de procéder à l'évaluation initiale et au suivi de santé des usagers par le biais de rencontres individuelles, il a été jugé non pertinent de procéder à l'observation des quarts de travail. En effet, cette décision a été prise d'une part, pour ne pas nuire au lien de confiance qui doit s'établir entre l'infirmière et l'usager lors d'une première rencontre et, d'autre part, afin de ne pas intimider l'usager, ce qui pourrait nuire à la qualité du service offert.

4.8 Les biais méthodologiques

Certains éléments, nommés biais, peuvent venir influencer les résultats présentés. Le principal biais méthodologique anticipé est l'influence de l'effet Hawthorne. Comme les sujets sont observés au cours de la collecte de données, il est possible que ces derniers modifient leurs comportements dans le but d'améliorer leur performance au travail. Ces modifications peuvent avoir un effet lors de l'analyse des résultats en modifiant de façon positive et/ou négative le temps réel passé à faire certaines actions (Loiselle, et al., 2007). Toutefois, il est possible de croire que le nombre d'observations effectuées viendra amortir cet effet. De plus, il a été démontré que, lors de séances d'observations telles que celles menées dans cette étude, les observées finissent par oublier la présence des observateurs.

De plus, cette étude a été effectuée dans un petit milieu, avec un échantillon relativement restreint, la généralisabilité des conclusions tirées en est donc grandement affectée. Finalement, il est nécessaire de se rappeler que les conclusions de cette recherche ne seront applicables qu'à d'autres centres régionaux de première ligne œuvrant avec le même type de clientèle que celle desservie par Domrémy MCQ. Cependant, les résultats obtenus pourront guider d'autres organisations dans la mise en place de processus de changements similaires.

4.9 Les considérations éthiques

La recherche ne comporte aucun risque psychologique ou physique pour les participants. Toutes les personnes impliquées dans cette étude se sont engagées de façon volontaire après avoir lu et compris le formulaire de consentement (voir appendice C). Les périodes d'observation ont donc eu lieu avec l'accord des participants et au moment où cela leur convenait. Toutes les données fournies par l'agente des ressources humaines et le bureau des salaires ont été traitées de façon anonyme. De même, les informations concernant les usagers sont générales et ne contiennent aucun nom, numéro de dossier ou diagnostic. Toutes ces données, en plus de celles rassemblées lors des collectes de données, ont été conservées sous clé au local de la Chaire IRISS à l'UQTR. Seulement les membres de l'équipe de recherche pouvaient y avoir accès. Finalement, ces documents seront conservés pendant un an après la fin du projet et ne pourront être utilisés d'aucune autre façon que celle décrite dans ce présent mémoire.

4.10 Les avantages et les limites de l'étude

La première collecte de données a quantifié plusieurs données importantes sur l'organisation du travail infirmier. Ce processus a facilité la compréhension de la réalité vécue par les infirmières du volet hébergement et du volet externe de l'organisation partenaire. De plus, cette collecte a aussi permis à l'équipe de recherche d'émettre des pistes de solutions pertinentes et adaptées au milieu. La deuxième collecte de données, quant à elle, a été menée dans le but de mettre en lumière les différents changements apportés par l'organisation. Comme toutes les décisions relatives à ces changements ont été prises par Domrémy MCQ, certains processus n'ont pas été modifiés. C'est donc dire que certains procédés n'ont été mesurés que lors de la première collecte ce qui pourrait constituer une limite à cette étude.

Une autre limite peut être perçue dans l'application partielle de la méthode Toyota. En effet, selon Liker (2009), le succès de la méthode Toyota réside dans l'instauration d'une philosophie impliquant tout le personnel de tous les niveaux de l'entreprise et dans l'utilisation globale de la méthode. La citation suivante illustre cette notion

Il est possible d'utiliser plusieurs outils du TPS en appliquant seulement quelques principes du Modèle Toyota. Il en résultera des «poussées d'amélioration» à court terme sur les mesures de performance. En revanche, une entreprise qui applique pleinement l'ensemble des principes du Modèle Toyota appliquera aussi le TPS et se dotera ainsi d'un avantage concurrentiel durable (Liker, 2009, p. 53).

Toutefois, la présente étude ne pouvait s'engager dans un processus aussi imposant. Cette recherche s'est plutôt concentrée sur l'organisation du travail du personnel infirmier sans aborder un changement de philosophie. Un tel changement, en plus de s'avérer ardu, aurait nécessité un engagement prolongé de la part de l'équipe de recherche, ce qui n'était pas le souhait de la part du CRD partenaire.

4.11 Le plan d'analyse

L'emploi de moyennes et de pourcentages a guidé l'analyse des données statistiques provenant du service de gestion des ressources humaines et du bureau des salaires. L'analyse des périodes d'observations a été schématisée grâce à l'utilisation de graphiques révélant ainsi les différentes routines de travail selon le type de professionnel observé (infirmière ou infirmière auxiliaire) et le quart de travail (nuit, jour et soir). Ces graphiques permettent donc de visualiser rapidement le temps requis pour chaque tâche effectuée et vient apporter une puissance statistique à cette étude (Kanawaty, 1996).

4.12 Les retombées attendues

Les retombées de ce projet dépendent des décisions qui seront prises par le CRD partenaire. En effet, les résultats seront d'abord analysés par l'équipe de recherche afin de planifier les possibles changements à apporter dans l'organisation. Puis, l'organisation devra déterminer les éléments pertinents à modifier. Finalement, cette étude pourra aussi servir de base à d'autres recherches en organisation du travail

s'intéressant aux milieux spécialisés dans le traitement des dépendances ou à tous les autres centres qui vivent une réalité semblable.

Chapitre 5: Présentation des résultats

La présente section s'intéresse à la présentation des résultats à la suite de l'analyse des données qui ont été collectées en deux temps. L'étude, qui s'est tenue sur une période de 12 mois, a débuté avec une première collecte de données d'une durée d'un mois en septembre 2011. La seconde collecte de données s'est échelonnée sur une période de deux mois, soit en février et mars 2012. De plus, toutes les données fournies par les ressources humaines et le bureau des salaires ont été obtenues de façon rétroactive du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011 en ce qui a trait à la première collecte de données et du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 pour la deuxième collecte de données.

La première collecte de données avait pour objectif de comprendre l'ensemble des étapes du processus de gestion du plan de main d'œuvre (PMO), de questionner les équipes de coordination et de travail terrain dans le but de recueillir des informations, de saisir les processus cliniques utilisés par le personnel infirmier, d'obtenir des renseignements sur l'organisation du travail (conditions de travail, horaire, type de professionnel utilisé, etc.) et finalement, d'émettre des propositions d'amélioration de l'organisation du travail qui, ultimement, favoriseront le recrutement et la rétention du personnel infirmier. La deuxième collecte de données avait pour but d'apprécier les changements débutés à la suite des constats émis et à de l'activité kaizen réalisée.

La première collecte de données

5.1 Le portrait de Domrémy MCQ

Domrémy MCQ fait partie des établissements publics du réseau de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Son objectif premier est d'offrir un soutien à toutes personnes souffrant d'un problème de toxicomanie ou qui côtoient quelqu'un souffrant de ce type de dépendance. Il est important de noter, qu'ici, toxicomanie désigne tous problèmes de dépendance liés à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et au jeu pathologique. De plus, afin de mieux répondre aux besoins de sa clientèle, Domrémy divise ses activités en 12 points de services répartis sur l'ensemble de la région 04 (voir appendice D). De ces 12 centres de services, 11 d'entre eux octroient un suivi qualifié d'externe alors qu'un seul site dispose d'un service d'hébergement. Les usagers sont donc référés dans l'un de ces deux volets selon leurs besoins individuels évalués lors de la première rencontre avec un intervenant œuvrant pour le centre.

Ainsi, cette étude s'est penchée sur ces deux milieux distincts c'est-à-dire sur le volet externe et le volet hébergement de l'organisation. Les deux établissements sollicités, qui se situent tous deux à Trois-Rivières, seront traités individuellement dans ce document compte tenu de leurs grandes différences tant au niveau des tâches effectuées qu'au niveau du suivi offert aux usagers.

5.2 Le volet hébergement

Cette section du présent mémoire s'intéresse plus précisément à l'analyse des données qui décrivent le volet hébergement de Domrémy MCQ.

5.2.1 Le nombre d'usagers suivis. Le volet hébergement propose ses services à un maximum de 30 usagers à la fois. La durée du séjour est, généralement, de 21 jours. Durant ces 21 jours, les groupes formés demeurent ouverts, c'est-à-dire que de nouveaux usagers peuvent être admis au centre à différents moments. De même, d'autres peuvent quitter à chaque semaine.

5.2.2 Le personnel infirmier. Comme il a été mentionné, 11 infirmières ont été orientées pour œuvrer au volet hébergement de l'organisation. De ces 11 professionnelles de la santé, six d'entre elles détiennent un poste alors que les cinq autres sont considérées TPO. C'est donc dire que ces cinq infirmières TPO ne bénéficient pas d'un horaire fixe et sont sollicitées au travail selon leurs disponibilités et selon les besoins de Domrémy MCQ.

De même, les six infirmières auxiliaires engagées par le CRD partenaire travaillent toutes au volet hébergement et trois d'entre elles sont titulaires de poste.

5.2.3 *La Structure de postes et les détails des disponibilités.* Le tableau 6 présente la structure de poste des 11 infirmières et 6 infirmières auxiliaires qui travaillent au volet hébergement de l'organisation partenaire.

Tableau 6 : Structure de postes des infirmières œuvrant au volet hébergement

	Jour (semaine)	Jour (fin de semaine)	Soir (semaine)	Soir (fin de semaine)	Nuit (semaine et fin de semaine)	Nombre de quarts à couvrir par semaine
Nombre d'infirmières travaillant	2 (sauf les vendredis où il y a une infirmière seulement) Soit 9 quarts de travail	1 Soit 2 quarts de travail	1 Soit 5 quarts de travail	1 Soit 2 quarts de travail	1 Soit 7 quarts de travail	25
Nombre d'infirmières auxiliaires travaillant	2 (sauf 2 lundi sur 3 où l'inf.aux. est seule ainsi qu'à tous les mercredis) Soit 8 ou 9 quarts de travail	Ø	1 Soit 5 quarts de travail	1 (présente seulement le dimanche) Soit 1 quart de travail	Ø	14 ou 15

En effectuant des calculs, il est possible de constater, qu'au volet hébergement, le personnel infirmier doit couvrir un total de 25 quarts de travail infirmier par semaine et de 14 ou 15 quarts de travail infirmier auxiliaire en fonction de l'horaire de la semaine. En effet, en s'attardant à la structure de poste, il est possible de constater que cette structure prévoit la présence de deux infirmières auxiliaires en semaine, sauf les mercredis et la présence d'une seule infirmière auxiliaire deux lundi sur trois.

Les particularités entourant les disponibilités des infirmières et des infirmières auxiliaires ont été vérifiés afin de déterminer le nombre de quarts de travail pouvant être assurés par le personnel régulier. Les disponibilités de ces dernières sont présentées dans les lignes qui suivent et sont résumées dans les tableaux 7 et 8 aux pages suivantes.

Infirmières

Infirmière #1 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de jour;

Infirmière #2 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de jour, mais lors de la collecte était en arrêt de travail;

Infirmière #3 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de soir;

Infirmière #4 : Travaille à temps partiel, soit deux jours par semaine, durant le quart de travail de soir;

Infirmière #5 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de nuit, mais était enceinte lors de la collecte de données et donc réaffectée sur le quart de travail de jour;

Infirmière #6 : Travaille à temps partiel, soit deux jours par semaine, sur le quart de travail de nuit.

Tableau 7 : Disponibilités des infirmières au volet hébergement

Quart de Jour	Quart de soir	Quart de nuit
Infirmière #1 : Temps complet (5 jours par semaine)	Infirmière #3 : Temps complet (5 jours par semaine)	Infirmière#5 : Temps complet (enceinte lors de la collecte et donc réaffectée sur le quart de travail de jour)
Infirmière #2 : Temps complet (5 jours par semaine, mais était en arrêt de travail)	Infirmière #4 : Temps partiel (2 jours par semaine)	Infirmière #6 : Temps partiel (2 nuits par semaine)

En temps normal, 25 quarts de travail seraient couverts par le personnel régulier. Cependant, comme l’infirmière #2 est absente du travail, il devient nécessaire de retirer du calcul les quarts de travail qu’elle effectue habituellement. Sachant cela, il est possible d’affirmer que seulement 20 quarts de travail sont assurés par le personnel détenteur de poste. Il reste, alors, 5 quarts de travail à assurer. De même, cette analyse a aussi été effectuée auprès des infirmières auxiliaires.

Infirmières auxiliaires

Infirmière auxiliaire #1 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de jour;

Infirmière auxiliaire #2 : Travaille à temps partiel, soit quatre jours par semaine, durant le quart de travail de jour.

Infirmière auxiliaire #3 : Travaille à temps complet, soit cinq jours par semaine, durant le quart de travail de soir;

Tableau 8 : Disponibilités des infirmières auxiliaires au volet hébergement

Quart de Jour	Quart de soir
Infirmière auxiliaire #1 : Temps complet (5 jours par semaine)	Infirmière auxiliaire #3 : Temps complet (5 jours par semaine)
Infirmière auxiliaire #2 : Temps partiel (4 jours par semaine)	Ø

En se basant sur la structure de poste ci-haut, il a été déterminé que les infirmières auxiliaires doivent, au total, compléter 14 ou 15 quarts de travail selon la semaine. Pourtant, seulement 14 quarts de travail seraient effectués par les employés qui détiennent un poste. C'est donc dire que, la plupart du temps soit deux semaines sur trois, un quart de travail demeure vacant et doit être complété par une infirmière auxiliaire TPO.

5.2.4 Les particularités du volet hébergement. Comme le volet hébergement du CRD Domrémy MCQ est un milieu de vie où l'on offre des services infirmiers 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, certaines tâches spécifiques doivent être remplies par le personnel. Quelques-unes de ces tâches apportent une compensation financière. Notamment, une prime de téléphone est attribuée, soit 2.00 \$ par quart de travail, à toutes les infirmières travaillant de soir, de nuit et de fin de semaine. Cette prime est versée pour les infirmières qui, en l'absence de l'agente administrative, doivent répondre aux téléphones reçus et en assurer le suivi. Aussi, lors de tous les repas, un intervenant est désigné pour répondre aux urgences des usagers. Cet intervenant assure donc la garde et bénéficie automatiquement de 45 minutes payées à taux et demi ou de 45 minutes de temps accumulé toujours à taux et demi.

5.3 Le volet externe

Cette section du présent mémoire s'intéresse plus précisément à l'analyse des données qui décrivent le volet externe de Domrémy MCQ.

5.3.1 Le nombre d'usagers suivis. Le volet externe de Domrémy MCQ diffère beaucoup du volet hébergement tant au niveau du travail des infirmières qu'au niveau du suivi effectué auprès des usagers.

En effet, au volet externe, on peut compter jusqu'à 24 nouvelles demandes de suivi par semaine et, pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, entre 500 et 550 dossiers étaient actifs. Toutefois, ces 500 à 550 usagers ne sont pas uniquement suivis par le personnel infirmier et certains d'entre eux ne bénéficient de l'expertise infirmière que ponctuellement. La durée moyenne d'un suivi se situe entre huit et 12 semaines mais il n'est pas rare que le suivi soit allongé ou écourté selon les besoins de chaque individu.

5.3.2 Le personnel infirmier. Le volet externe compte parmi ses employés huit infirmières dont quatre sont détentrices de postes alors que les quatre autres sont considérées TPO. Cependant, sur ces quatre infirmières titulaires de postes seulement trois travaillent régulièrement au point de service situé à Trois-Rivières. La quatrième œuvre principalement à Shawinigan et effectue, à l'occasion, des remplacements au point de service étudié. Cette dernière n'a pas été incluse lors du détail de la structure de postes. De plus, l'infirmière clinicienne ASI n'a donc pas été incluse dans la recherche car elle travaille peu avec les usagers. L'ASI doit principalement assurer le mandat régional. Toutefois, comme elle était en congé de maternité lors de ce projet et qu'elle n'était pas remplacée, la majorité des tâches de ce mandat demeuraient en suspens. Finalement, aucune infirmière auxiliaire ne peut travailler à ce volet de l'organisation compte tenu que la principale tâche pour les infirmières est d'effectuer les différentes évaluations de santé.

5.3.3 La structure de postes et les détails des disponibilités. Comme la structure de postes du volet externe comprend seulement quatre infirmières, une description en sera faite. D'abord, le volet externe de Domrémy MCQ est ouvert seulement en semaine et durant la journée uniquement à l'exception du mercredi soir où une infirmière travaille jusqu'à 21h. La description détaillée de la structure de postes est la suivante :

Infirmière #1 : Travaille à temps complet (du lundi au vendredi), soit cinq jours par semaine, de 8h30 à 16h30 à l'exception du mercredi où elle travaille de 13h à 21h.

Infirmière #2 : Travaille à temps partiel, soit trois jours par semaine (lundi, mardi, mercredi), car elle est en pré-retraite. Toutefois, cette dernière détient un poste à quatre jours par semaine (lundi, mardi, mercredi et vendredi).

Infirmière #3 : Travaille à temps partiel, soit trois jours par semaine (mercredi, jeudi et vendredi).

Infirmière #4 : Travaille à temps partiel, soit trois jours par semaine (lundi, mardi et jeudi).

Cette description est aussi résumée au tableau 9 de la page suivante.

Tableau 9 : Disponibilités des infirmières au volet externe

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Infirmière #1	Infirmière #1	Infirmière #1 (de 13h à 21h)	Infirmière #1	Infirmière #1
Infirmière #2	Infirmière #2	Infirmière #2		Quart libre
		Infirmière #3	Infirmière #3	Infirmière #3
Infirmière #4	Infirmière #4		Infirmière #4	

Selon le gestionnaire du volet externe de l'organisation, pour travailler efficacement, les infirmières en externe doivent avoir un effectif d'au moins trois professionnelles présentes en même temps. C'est donc dire qu'il y aurait 15 quarts de travail à compléter par semaine et qu'avec les infirmières titulaires de poste ci-dessus décrites seulement 14 de ces quarts sont comblés. Il demeure donc un quart de travail vacant.

5.3.4 Les particularités du volet externe. Les infirmières du volet externe bénéficient, depuis le 20 mars 2011, d'une prime de chevauchement de quarts qui équivaut à 2% du salaire horaire. Cette prime est attribuée lorsque le nombre d'heures entre deux quarts de travail qui se suivent est inférieur à 16 heures. C'est donc dire que l'infirmière qui doit travailler le mercredi soir et le jeudi matin suivant bénéficie de cette prime.

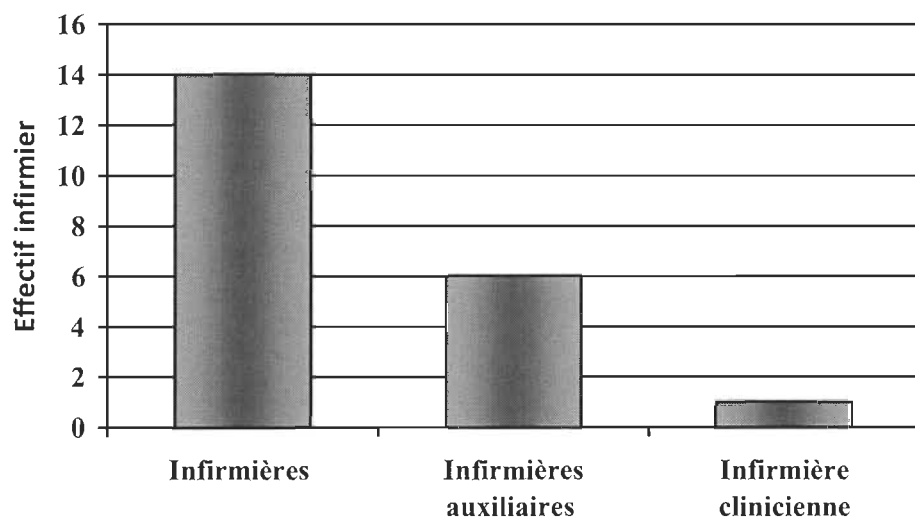
5.4 Les indicateurs reliés au personnel infirmier

Cette section présente les données qui décrivent le personnel infirmier. Comme il a déjà été mentionné, ces données proviennent des ressources humaines et du bureau des salaires.

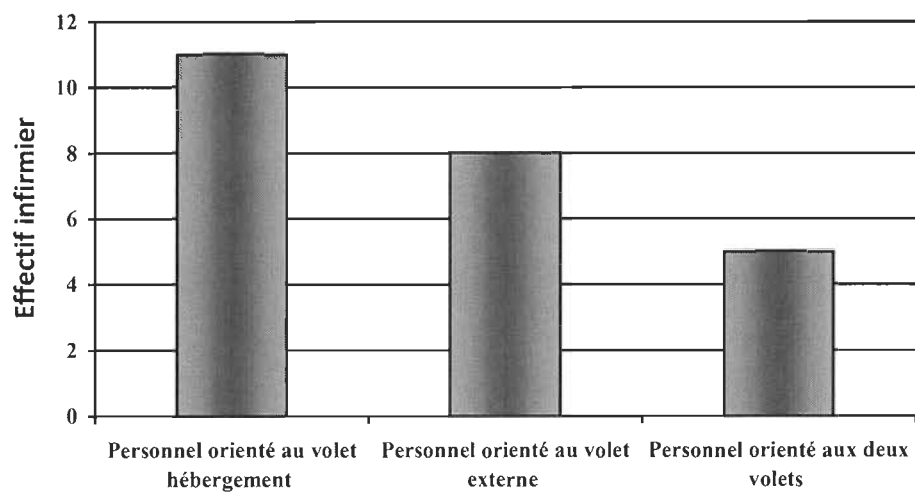
5.4.1 Le personnel infirmier engagé. Pour l'année financière du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, 14 infirmières ayant travaillé au sein de l'organisation Domrémy MCQ sont comptées. De ces 14 infirmières 11 ont été orientées au volet hébergement, huit d'entre elles au volet externe et 5 l'ont été aux deux volets (voir graphiques 1 et 2).

L'organisation compte aussi parmi ses employés six infirmières auxiliaires qui travaillent toutes au volet hébergement ainsi qu'une infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ASI). Il faut noter que l'infirmière clinicienne n'a pas été considérée dans cette étude puisque, lors de la prise de données, cette dernière était en congé de maternité et n'était pas remplacée. Toutefois, il est important de préciser, qu'en temps normal, cette dernière travaille seulement au volet externe de l'organisation et remplit différentes tâches spécifiques dont certaines liées au mandat régional attribué à Domrémy MCQ. En son absence, certaines de ces tâches ont donc été réparties entre les autres infirmières alors que d'autres ont été mises de côté.

Graphique 1: Répartition du personnel infirmier selon le titre d'emploi

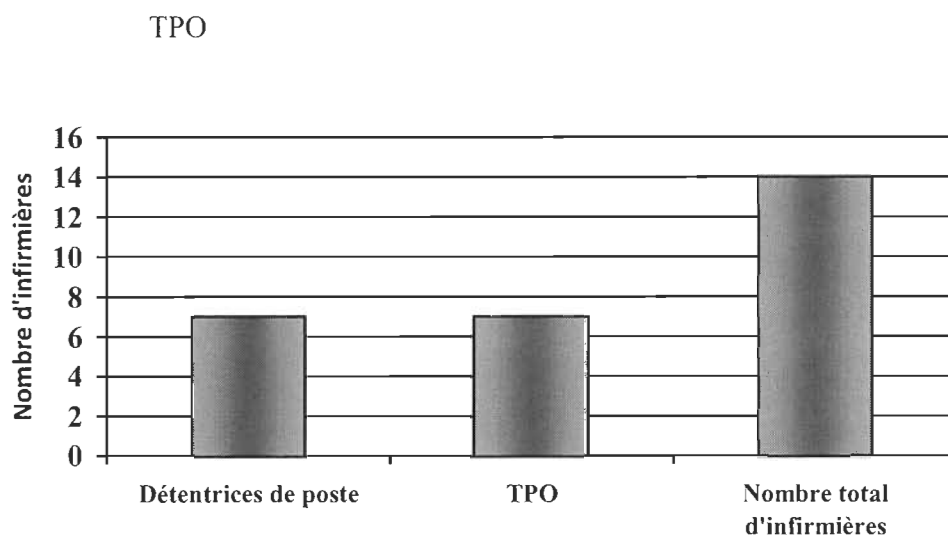


Graphique 2 : Répartition du personnel infirmier selon le volet de l'organisation



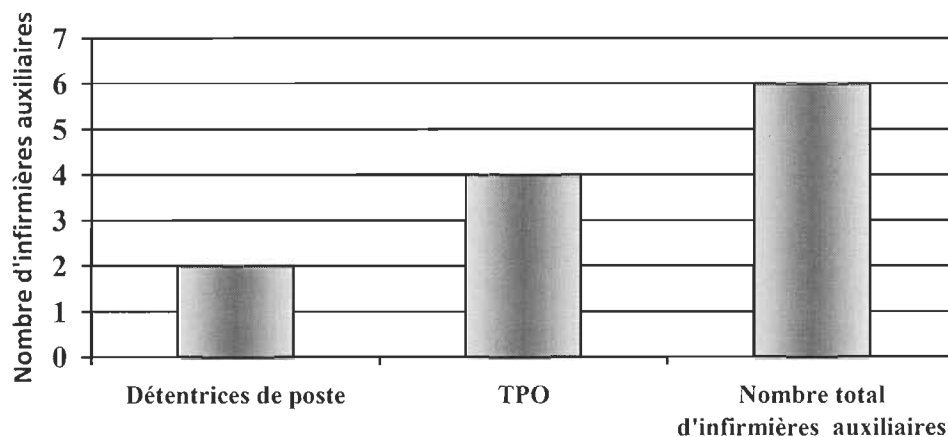
5.4.2 *Le personnel infirmier détenteur de poste.* Des infirmières travaillant pour Domrémy MCQ 50% d'entre elles, soit 7 infirmière, détiennent un poste. Ce qui veut dire que sept des 14 infirmières engagées sont considérées comme des employées temps partiel occasionnel (TPO) et ne profitent pas d'horaire de travail fixe, c'est-à-dire qu'elles travaillent selon leurs disponibilités et les besoins du centre. Finalement, elles sont gérées par la liste de rappel (voir graphique 3).

Graphique 3 : Répartition des infirmières détentrices de poste par rapport aux infirmières



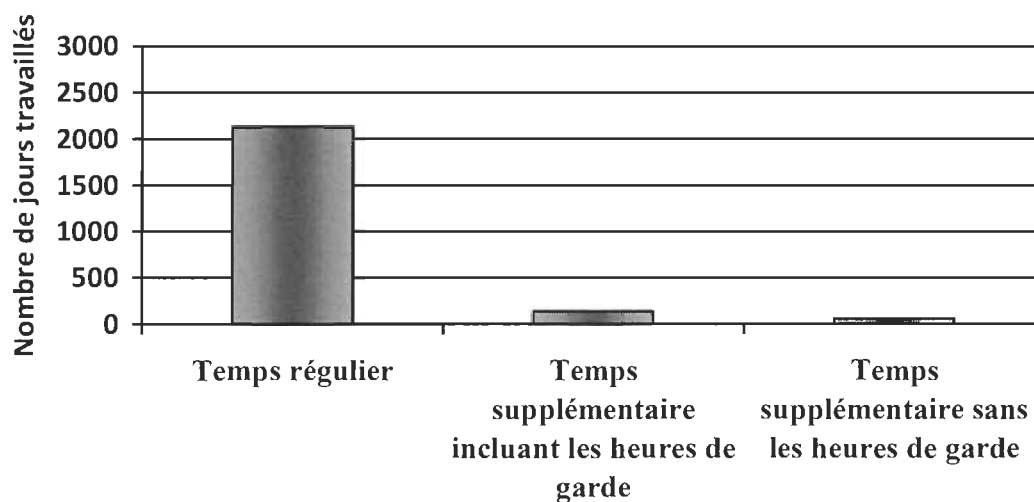
Chez les infirmières auxiliaires, 62,5% n'ont pas de poste, ce qui signifie que sur les six infirmières auxiliaires qui travaillent pour le centre, seulement deux personnes détiennent un poste alors que les quatre autres sont des employés à temps partiel occasionnel et sont gérées par la liste de rappel. Ces infirmières auxiliaires travaillent donc selon leurs disponibilités et les besoins de Domrémy (voir graphique 4).

Graphique 4 : Répartition des infirmières auxiliaires détentrices de poste par rapport aux infirmières auxiliaires TPO



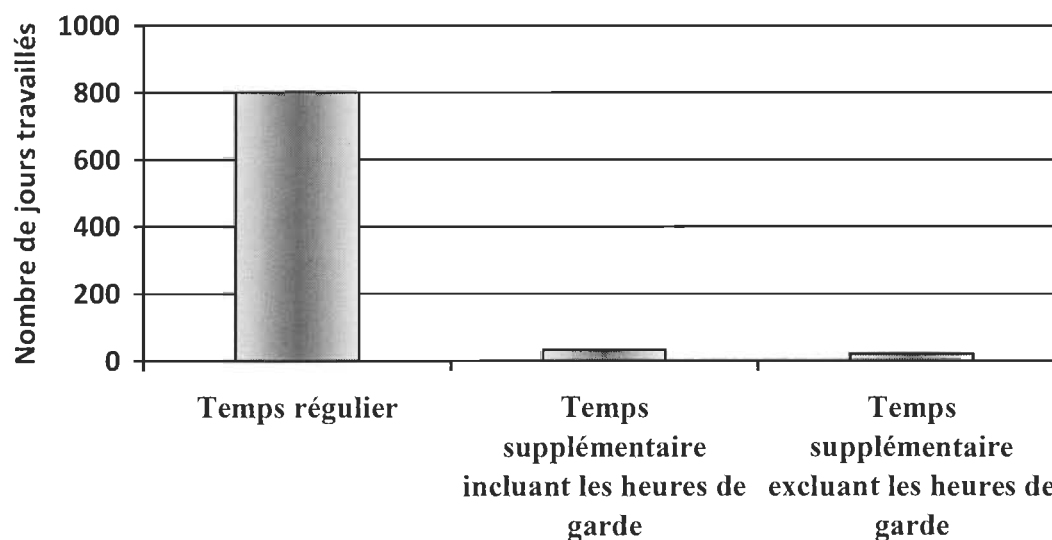
5.4.3 Le temps supplémentaire effectué par le personnel infirmier. Au cours de la dernière année, le nombre d'heures supplémentaires effectuées par les infirmières totalise 1 039,33 heures, équivalant à environ 138,58 jours de travail. Cependant, il est essentiel de préciser que ce nombre inclut les heures où les infirmières doivent assurer la garde, c'est-à-dire durant les repas (voir graphique 5). Maintenant, en excluant les heures de garde effectuées par les infirmières, le nombre d'heures supplémentaires devient 434,41 heures soit près de 57,92 jours de travail. Dans le graphique 5 ci-dessous, ces nombres sont comparés avec le temps régulier effectué en moyenne par les infirmières soit environ 2 125,02 jours.

Graphique 5 : Nombre de jours de temps supplémentaire effectué par les infirmières (incluant et excluant les heures de garde aux repas) par rapport au nombre total de jours travaillés à temps régulier



Les infirmières auxiliaires travaillent, de leur côté, un total de 799,68 jours en temps régulier. Au cours de la dernière année, ces dernières ont accumulé un total de 231,75 heures de temps supplémentaire, incluant les heures de garde, ce qui peut être converti en 33,12 jours. Toutefois, en excluant les heures de garde effectuées par les infirmières auxiliaires, le nombre d'heures supplémentaires diminue à 143,25 ce qui peut être transformé en près de 20,46 jours de travail (voir graphique 6).

Graphique 6 : Nombre de jours de temps supplémentaire effectué par les infirmières auxiliaires (incluant et excluant les heures de garde aux repas) par rapport au nombre total de jours travaillés à temps régulier



5.4.4 Le taux de roulement du personnel infirmier. Dans le cadre de ce projet, le taux de roulement désigne le nombre de professionnels qui ont choisi de quitter volontairement leur emploi ou qui ont été remerciés de leurs fonctions par l'organisation. En 2010-2011, ce taux concernant le personnel infirmier de cinq ans et moins d'ancienneté a été calculé à 19,35%, ce qui signifie que, sur les 14 infirmières œuvrant pour Domrémy MCQ, trois (2,71) infirmières ont été remerciées ou ont quitté de leur plein gré leur travail.

Le taux de roulement des infirmières auxiliaires de cinq ans et moins d'expérience au centre étudié se situe à 11,76%. En d'autres termes, une (0,71) infirmière auxiliaire a laissé l'organisation ou a été congédiée.

5.4.5 Le taux de rétention du personnel infirmier. Le taux de rétention s'intéresse au nombre d'infirmières engagées au cours de l'année qui demeureront à l'emploi. Chez les infirmières engagées au cours de l'année 2010-2011, ce taux est de 75 %. Ce pourcentage permet de comprendre qu'à l'occasion de l'embauche de quatre infirmières, trois demeureront à l'emploi du centre contre une seule qui quittera éventuellement l'organisation.

Selon les données fournies, aucune infirmière auxiliaire n'a été engagée au cours de l'année 2010-2011. Il devient donc impossible de calculer le taux de rétention.

Toutefois, le taux de rétention calculé pour l'année précédente, soit de 2009-2010, était de 100% traduisant ainsi que toutes les infirmières auxiliaires qui ont été embauchées sont demeurées à l'emploi.

5.4.6 Le taux d'embauche du personnel infirmier. Chez les infirmières, le taux d'embauche, calculé en divisant le nombre d'employés nouvellement embauchés par la moyenne de l'effectif déjà à l'emploi, se situe à 51,61%. Concrètement, ce taux indique que près d'une personne sur deux figurant sur la liste de rappel était une nouvelle employée engagée cette même année.

Du côté des infirmières auxiliaires, comme personne n'a été engagée durant l'année présente, le taux d'embauche est de 0%. Néanmoins, pendant l'année 2009-2010, ce dernier était à 53,33%.

5.4.7 Le niveau d'assurance-salaire versé au personnel infirmier. Le niveau d'assurance salaire versé aux infirmières était calculé à 4,95%. Selon le gestionnaire des ressources humaines de Domrémy, ce pourcentage, qui représente un nombre d'heures, a été obtenu à partir de la formule suivante :

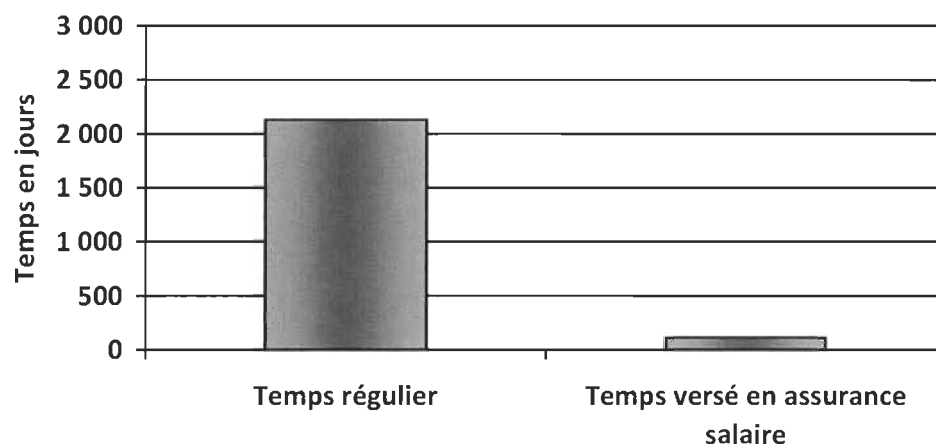
$$\left(\frac{\text{Nombre d'heures versées en assurance salaire}}{\text{Nombre total d'heures travaillées + Nombre d'heures versées en assurance salaire}} \right) \times 100 = \text{Nombre d'heures}$$

En sachant que les infirmières travaillent en moyenne 2 125,02 jours et que leurs quarts de travail ont une durée de 7,5 heures. Il est possible de déterminer que le nombre total d'heures travaillées est d'environ 15 937,63 heures. Sachant cela, l'équation mathématique peut être inscrite de la façon suivante.

$$\left(\frac{\chi}{15\,937,63 + \chi} \right) \times 100 = 4,95 \%$$

En appliquant les principes simples de l'algèbre, il devient possible de comprendre que les infirmières, au cours de la dernière année, ont demandé près de 830 heures en assurance salaire, ce qui équivaut à approximativement 110,67 jours (voir graphique 7 à la page suivante). Néanmoins, ces nombres ne comprennent pas le temps accordé en congé parental.

Graphique 7 : Nombre de jours travaillés par les infirmières versus le nombre de jour versés en assurance salaire



Les infirmières auxiliaires auraient, quant à elles, un niveau d'assurance salaire versé à 0%. Donc, selon ce pourcentage, des six infirmières auxiliaires engagées, aucune d'elles n'aurait demandé de journée de congé maladie.

5.4.8 Le récapitulatif des indicateurs mesurés. Afin d'être en mesure de faire une synthèse des résultats présentés le tableau 5 présente un récapitulatif visuel de ces derniers. Il aurait été intéressant de faire une comparaison avec les meilleurs taux en santé. Malheureusement, ces données sont difficilement accessibles. En effet, ces mesures sont tenues par l'agence de santé et des services sociaux et sont rarement rendus

publiques. De plus, comme Domrémy MCQ est une organisation qui diffère grandement des autres organisations en santé, il est difficile d'établir des comparaisons valables.

Tableau 10 : Récapitulatif des indicateurs mesurés lors de la première collecte de données 2010-2011

Indicateurs	Infirmières	Infirmières auxiliaires
Personnel engagé	14 personnes	6 personnes
Personnel orienté au volet hébergement	11 personnes	6 personnes
Personnel orienté au volet externe	8 personnes	0
Personnel détenteur de poste	7 personnes (soit 50%)	2 personnes (soit 37.5%)
Temps supplémentaire effectué avec les heures de garde	138,58 jours	33,12 jours
Temps supplémentaire effectué sans les heures de garde	57,92 jours	20,46 jours
Taux de roulement du personnel infirmier	19,35%	11,76%
Taux de rétention du personnel infirmier	75%	Non disponible
Taux d'embauche	51,61%	0%
Niveau d'assurance-salaire	110,67 jours	0 jours

5.5 Les processus cliniques infirmiers

Toujours dans l'optique de favoriser la rétention et le recrutement du personnel infirmier, l'observation des différents processus cliniques infirmiers a été menée aux deux points de services suivants: Trois-Rivières volet externe; Trois-Rivières secteur Pointe-du-Lac volet hébergement. Les informations inscrites dans cette section proviennent donc des données recueillies lors de l'étude de temps et mouvements et des différentes rencontres (six) effectuées par les membres de la chaire IRISS de l'UQTR en septembre 2011.

5.5.1 L'analyse des données de la première étude de temps et mouvements.

Comme il a été mentionné précédemment, la première collecte de données a été menée par le biais de périodes d'observation réalisées auprès de quatre infirmières travaillant sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit et auprès de deux infirmières auxiliaires travaillant sur les quarts de travail de jour et de soir. Pour ce faire, une grille d'évaluation électronique a été utilisée (voir appendice B). Il semble important de rappeler que les données présentées doivent être interprétées de façon prudente et qu'elles ne tiennent pas compte de tous les événements qui sont susceptibles d'arriver sur une unité de travail. Les données sont statistiquement valables mais l'interprétation des résultats doit être mise en contexte et ne peut être utilisée pour évaluer le travail du personnel. Par exemple, les tableaux des prochaines pages donnent des temps pour le lavage des mains. Les résultats obtenus pour cette action peuvent ne pas être

représentatifs du temps passé par les employés à se laver les mains. En effet, la chercheuse observe les actions faites par les employés et si un employé parle à un autre professionnel et qu'il décide en même temps de se laver les mains tout en continuant de parler, l'action «discute avec professionnel» sera indiquée. Ainsi, il est important de toujours s'assurer que les données soient interprétées de façon parcimonieuse.

Les graphiques présentés dans les prochaines pages font ressortir le temps passé à faire les actions en lien avec le travail. Pour chaque action, le temps moyen pour effectuer le geste est noté dans les graphiques des pages suivantes. Il ne s'agit que de valeurs qui peuvent aider les employés à prévoir le temps habituellement requis pour faire une action précise. Toutefois, le but de ce projet n'était pas de prévoir le temps requis pour chaque geste. Il faut donc prendre ces données dans un ensemble global. Ainsi, les temps indiqués dans les différents graphiques représentent le temps total par action, et ce, pour tous les employés du quart de travail observé. En effet, comme les observations ont été effectuées auprès de plusieurs professionnels, les temps obtenus ont d'abord été cumulés ensemble. Puis, des moyennes ont été calculées pour chaque action. Les données totales sont sur un quart de travail de huit heures (480 minutes).

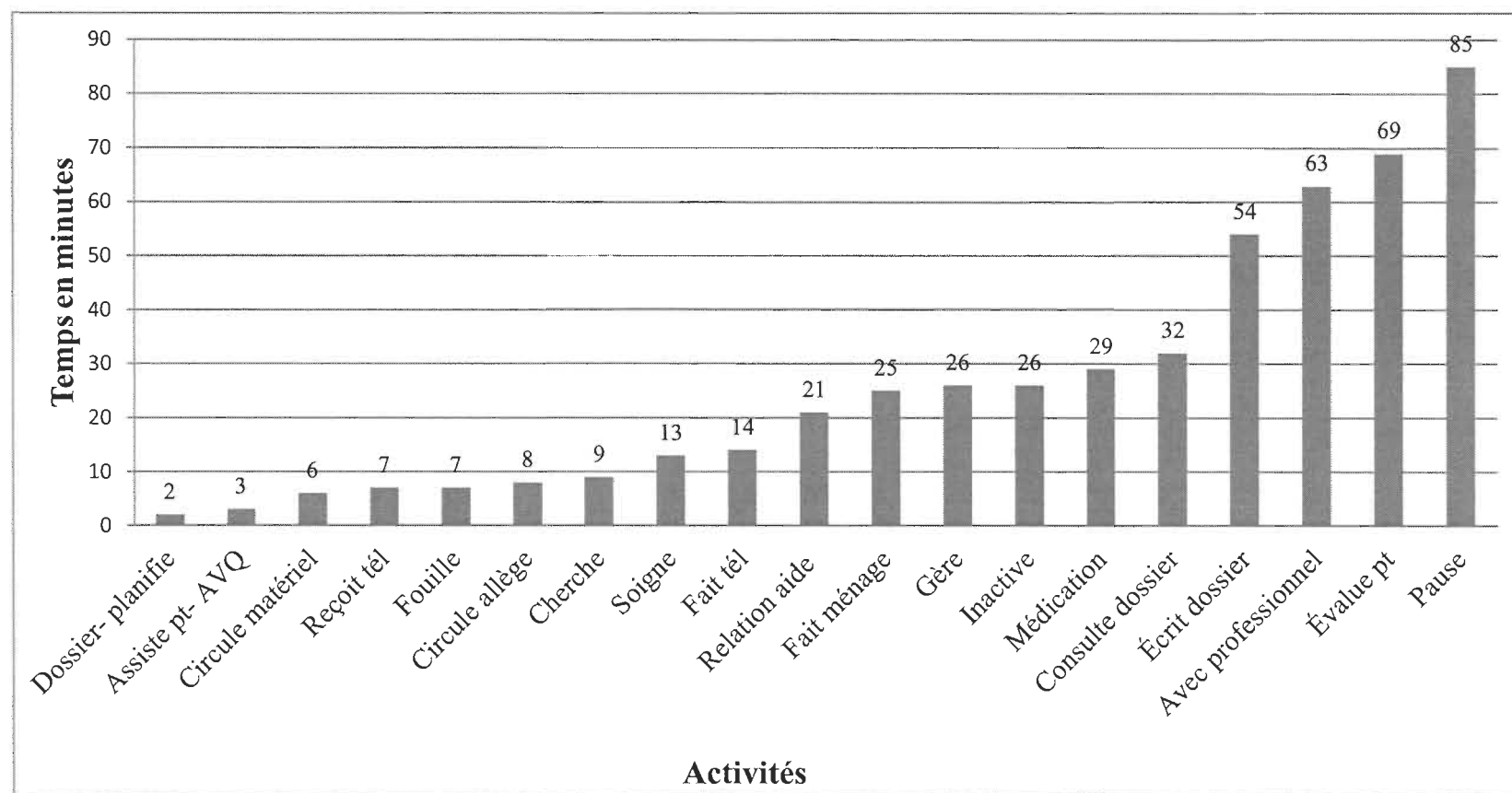
Les tableaux et graphiques sont présentés par catégorie d'emploi et part quart de travail dans cet ordre :

- Infirmières
 - ✓ Jour
 - ✓ Soir
 - ✓ Soir (fin de semaine)
 - ✓ Nuit

- Infirmières auxiliaires
 - ✓ Jour
 - ✓ Soir

D'abord, le graphique 8 permet d'illustrer la répartition des tâches de l'infirmière œuvrant sur le quart de travail de jour en semaine.

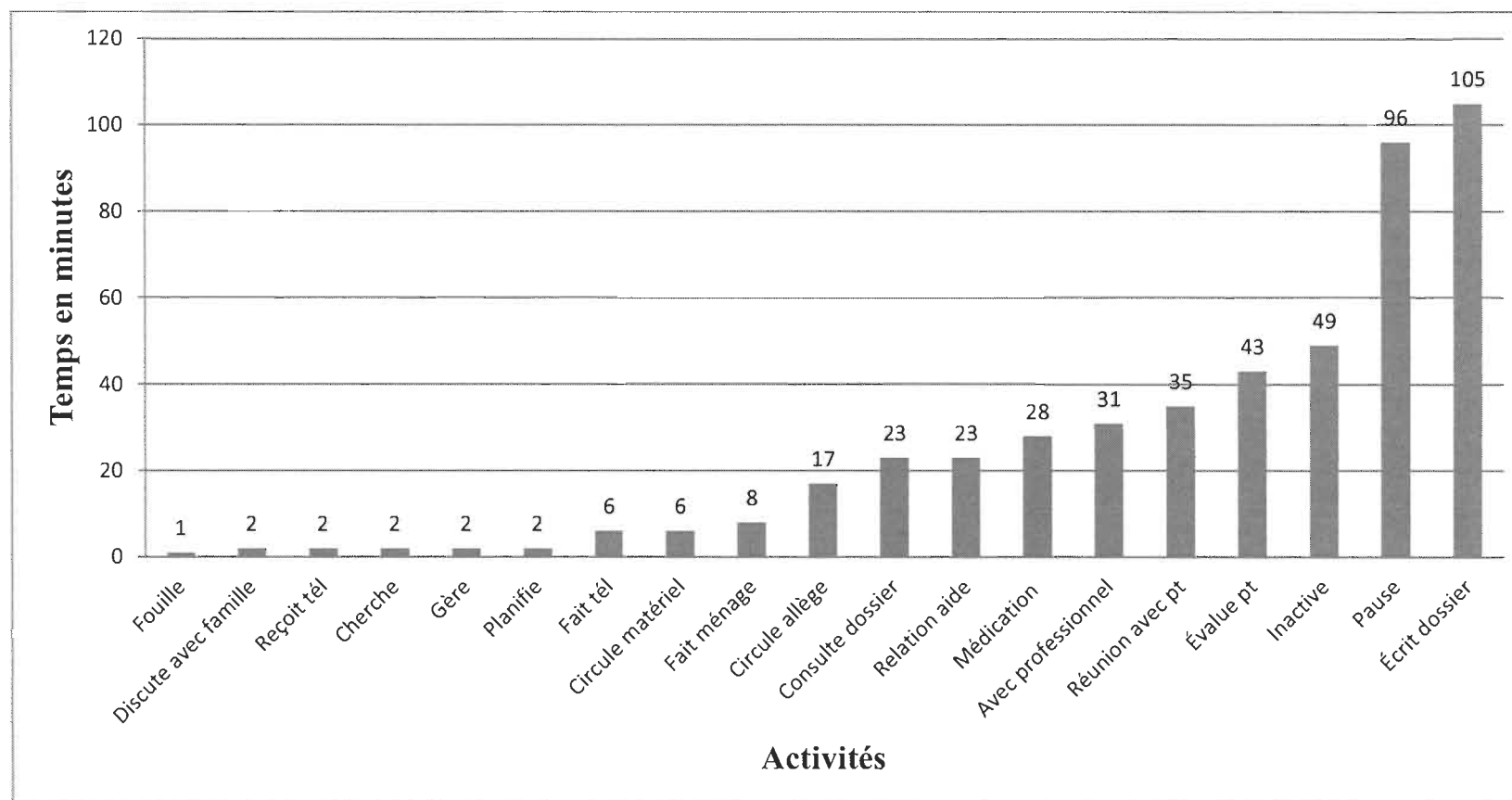
Graphique 8 : Répartition des activités (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour en semaine



À la suite de l'analyse des données présentées ci-haut, il est possible de remarquer que la majorité du travail de cette dernière consiste à procéder aux évaluations de santé de l'utilisateur (69 minutes), à interagir avec les autres professionnels (63 minutes) et à écrire dans le dossier de l'utilisateur (54 minutes).

Le graphique 9, à la page suivante, illustre la répartition des tâches de l'infirmière de soir en semaine.

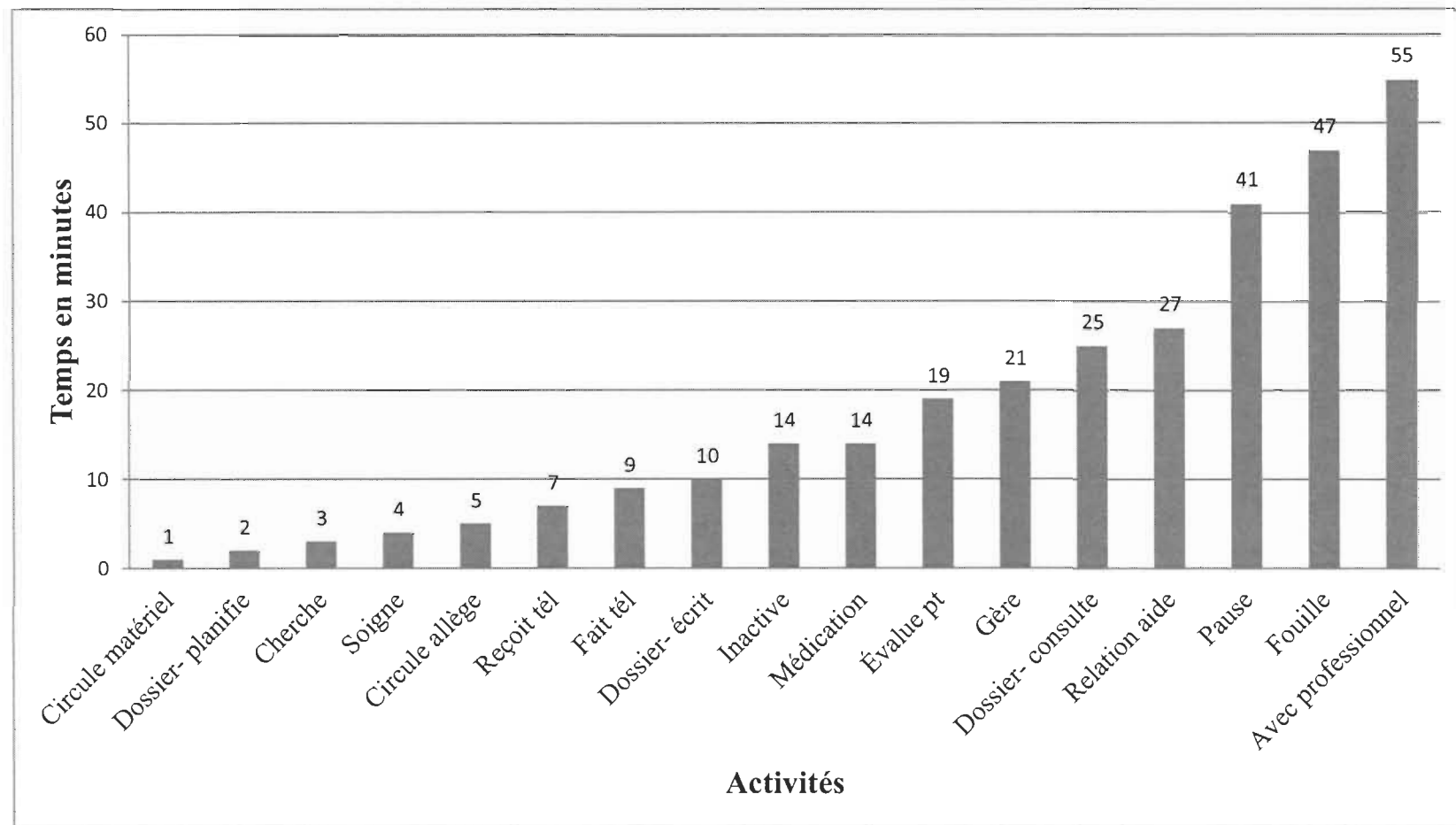
Graphique 9 : Répartition des activités (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir en semaine



En analysant le graphique 9, il est possible de constater que le travail des infirmières de soir en semaine se divise principalement entre la rédaction au dossier (105 minutes), les évaluations de santé effectuées auprès des usagers (43 minutes), les rencontres pour d'autres raisons que de l'évaluation avec les usagers (35 minutes) et les interactions avec les autres professionnels du centre (31 minutes).

Le travail des infirmières du quart de travail de soir la fin de semaine est illustré dans le graphique 10. Avant de procéder à l'analyse de ces données, il est important de savoir que la majorité des usagers bénéficient de congés temporaires la fin de semaine et doivent revenir au centre le dimanche soir. Lors du retour de ces derniers, leurs bagages doivent être fouillés, ce qui apporte un surplus de travail pour l'équipe infirmière. Pour pallier à cette situation, une infirmière auxiliaire est présente au travail. La chercheuse a donc tenté de voir l'impact de cette réalité sur la répartition du temps des activités infirmières.

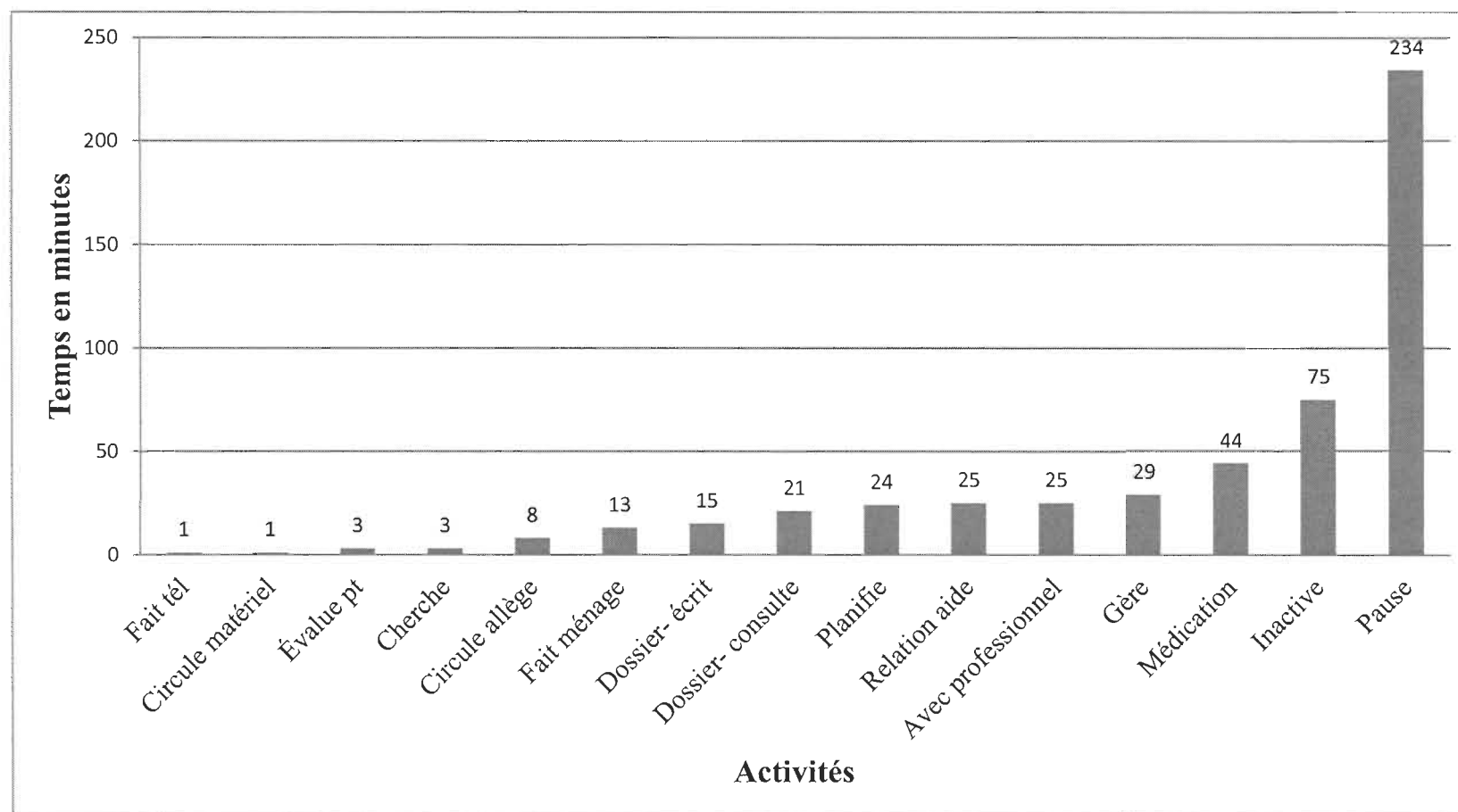
Graphique 10 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir la fin de semaine



À l'analyse des données, il est possible de remarquer que le temps passé à la fouille (47 minutes) est la seconde activité en importance tout de suite après le temps passé avec d'autres professionnels (55 minutes). Aussi, le temps de gestion est augmenté de façon importante passant de deux minutes le soir de semaine à 21 minutes la fin de semaine.

Les activités de l'infirmière de nuit sont détaillées dans le graphique 11 ci-dessous..

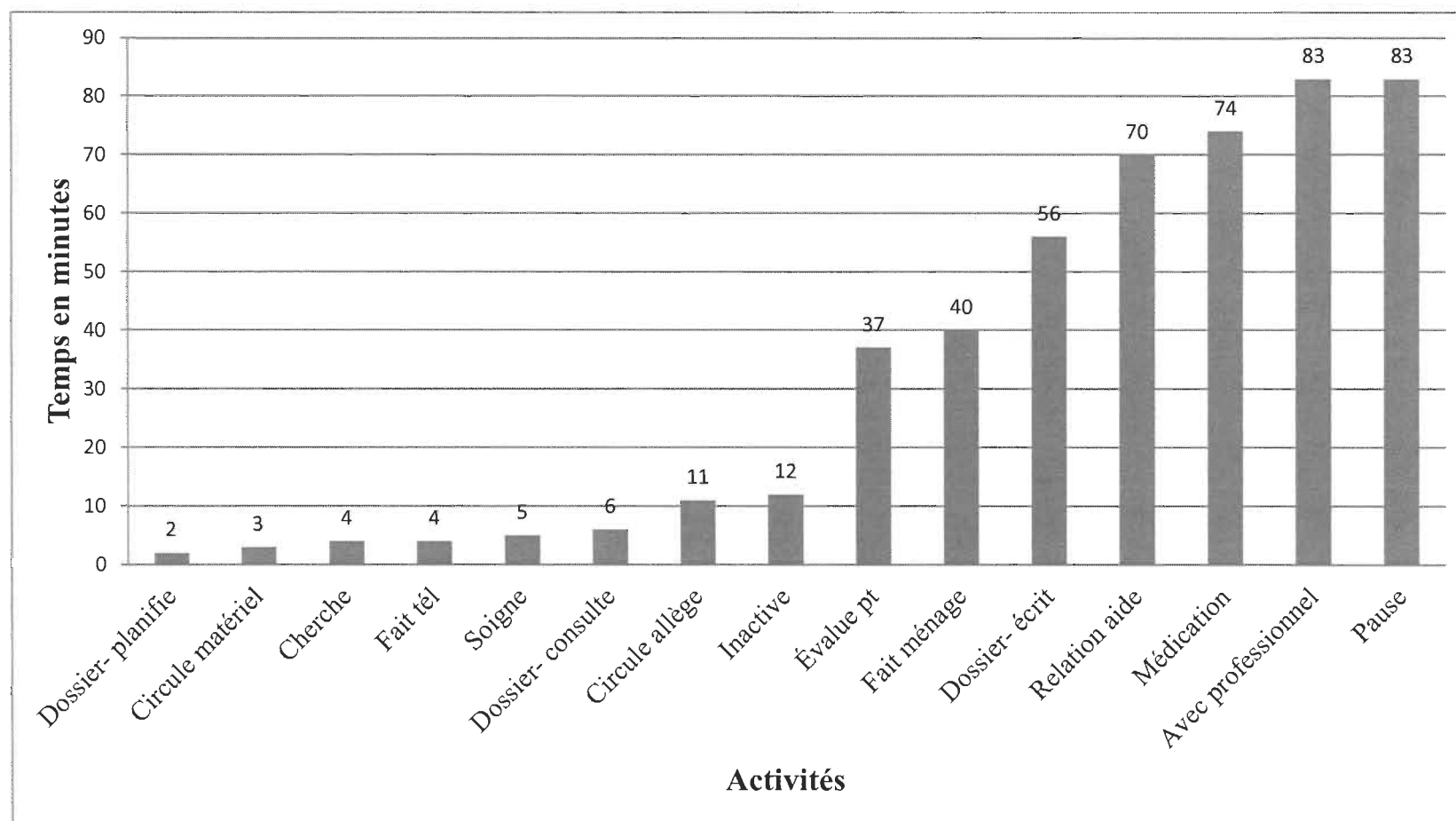
Graphique 11 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit



En s'attardant aux données présentées au graphique de la page précédente, il est possible de constater que cette infirmière passe beaucoup de temps en pause (234 minutes). Le volet hébergement de Domrémy MCQ accueille des gens qui sont, habituellement, autonomes. Comme la nuit les usagers dorment, l'infirmière a, généralement, moins de soins à dispenser. Une fois ses tâches complétées, celle-ci vaque donc à des activités personnelles.

Maintenant, le graphique 12 présente les données recueillies sur la répartition des tâches de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour.

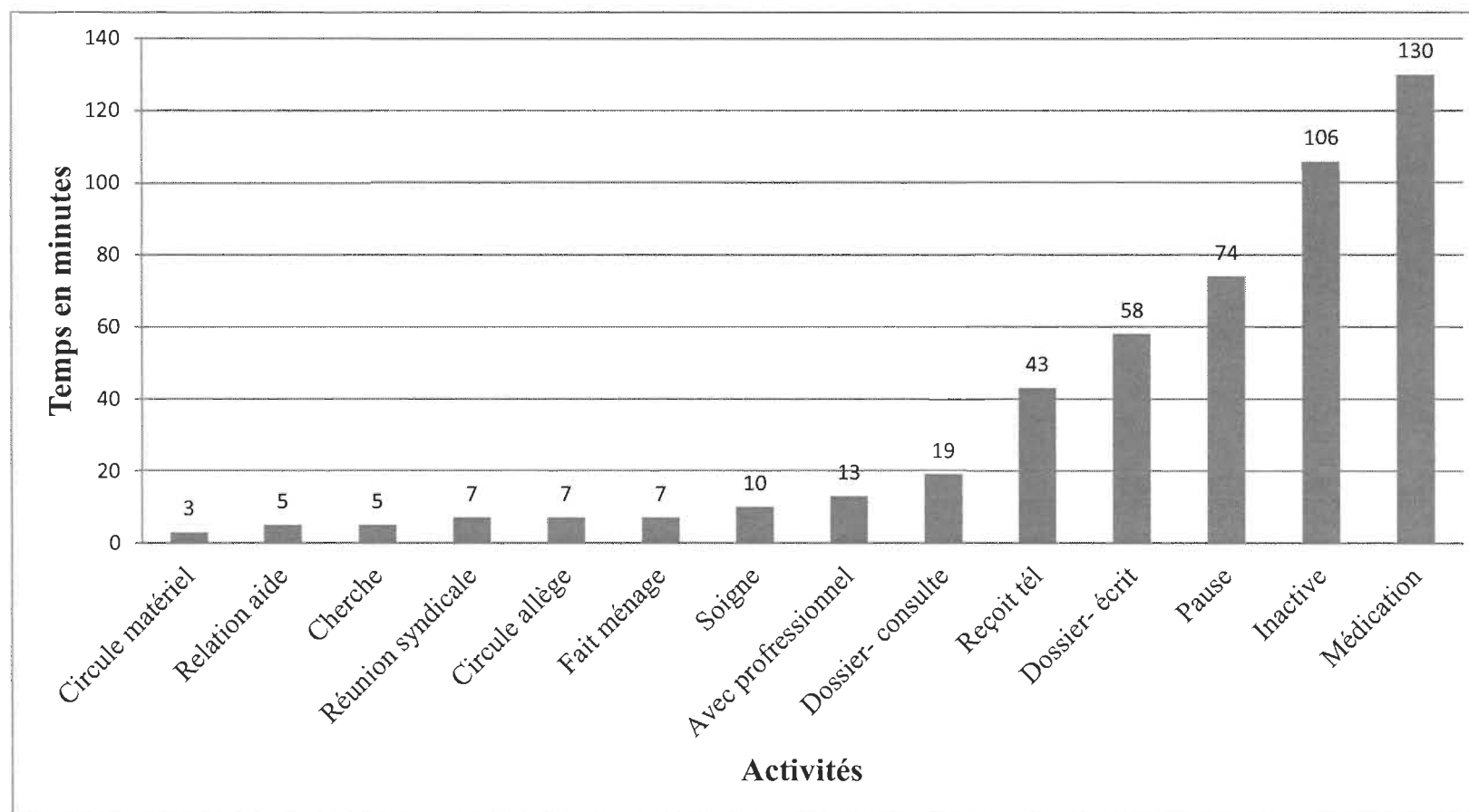
Graphique 12 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour



Du côté des infirmières auxiliaires travaillant sur le quart de jour, les principales activités consistent à interagir avec les autres professionnels (83 minutes) et à se consacrer aux tâches entourant la médication, c'est-à-dire principalement la préparation des médicaments et la distribution de ces derniers (74 minutes). Il est aussi possible de constater que les infirmières auxiliaires passent beaucoup de temps auprès des usagers pour faire de la relation d'aide et de l'évaluation (37 minutes).

Finalement, le quart de travail de l'infirmière auxiliaire de soir se divise selon les données présentées au graphique 13.

Graphique 13 : Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir



Les activités entourant la médication sont celles qui occupent le plus de temps (130 minutes) contre seulement 15 minutes auprès des usagers pour des soins (10 minutes) et de la relation d'aide (5 minutes).

5.5.2 L'entrée dans les services. L'entrée des usagers dans les services de Domrémy MCQ peut se faire principalement de deux façons. D'une part, une personne peut se présenter à n'importe quel point de services externes par elle-même et demander de rencontrer un intervenant de l'organisation. Cette première entrevue peut aussi bien être menée par un intervenant social, qui complètera alors le *Niveau de Désintoxication-Évaluation par les intervenants Psychosociaux* (NID-EP), que par une infirmière qui utilisera plutôt le *Niveau de Désintoxication-Évaluation par les intervenants Médicaux* (NID-EM). Ces deux outils, qui sont très similaires, permettent d'évaluer l'intensité des symptômes de sevrage en attribuant un score. Selon ce résultat, le professionnel sera en mesure d'orienter l'utilisateur dans les services à savoir si un suivi en externe est suffisant ou si l'utilisateur a besoin d'effectuer un séjour en hébergement.

D'autre part, les usagers peuvent aussi être référés par l'équipe de liaison du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRT). En effet, à tous les jours, du lundi au vendredi, une infirmière du volet externe de Trois-Rivières doit se rendre au CHRT afin de rencontrer et de promouvoir les services dispensés par Domrémy MCQ auprès d'utilisateurs préalablement identifiés comme étant désireux de régler leur

problématique de dépendance. L'infirmière de Domrémy leur fixe alors un rendez-vous dans le but de procéder à leur évaluation et, ensuite, à leur orientation dans les services offerts par le CRD. Advenant qu'un patient manifeste le besoin d'être suivi par l'équipe de Domrémy au cours de la fin de semaine, l'intervenant social de l'urgence du CHRTR lui remettra une carte de rendez-vous pour le groupe «accueil» de Domrémy qui aura lieu dans la semaine qui suit.

5.5.3 L'admission en hébergement. Les groupes formés au volet hébergement sont ouverts, c'est-à-dire que de nouveaux usagers peuvent y être intégrés à n'importe quel moment. Il arrive donc, dans ces groupes, de nouvelles personnes pratiquement tous les jours. De façon générale, le personnel infirmier est mis au courant la journée même mais ne connaît jamais l'heure de l'arrivée du nouveau venu. Il arrive parfois que certaines admissions soient effectuées en soirée.

Avant l'arrivée de l'utilisateur, le personnel doit, d'abord, préparer la chambre, c'est-à-dire faire le lit et s'assurer que tout est en ordre. Par la suite, les infirmières procèdent à la fouille des bagages et doivent récupérer certains effets personnels tels les lames de rasoir. Puis, plus tard, lorsqu'une infirmière aura un peu de temps, elle rencontrera l'utilisateur afin de réviser brièvement le «NID-EM» en complétant une feuille spécifique à cet effet. Elle devra aussi procéder à la vérification de la médication, monter le dossier, rédiger une note d'observation, compléter le cardex avec les informations

personnelles du patient, ses dépendances ainsi que sa médication usuelle et, finalement, débiter certains protocoles de médication s'il y a lieu. Après l'admission, le personnel des soins de santé agira périodiquement auprès des usagers.

5.5.4 La gestion de la médication à l'hébergement. Lors des différentes périodes d'observation, il a été remarqué qu'une grande partie du temps des infirmières est passé à gérer la médication des usagers. Au moment de l'admission des usagers, les infirmières doivent tenter de faire la lumière sur leurs diverses prescriptions. De plus, il est plutôt rare que les usagers arrivent avec une dosette hebdomadaire déjà préparée par la pharmacie encore intacte. Les travailleurs de la santé ont alors comme objectif de mettre de l'ordre parmi la médication usuelle de l'utilisateur et, ensuite de préparer, à la main, des piluliers pour finalement inscrire toute la médication au cardex. Par la suite, lors de la distribution des médicaments, il est rare que les comprimés soient administrés à l'utilisateur par la personne qui les a préparés à l'avance dans la dosette. En effet, les infirmières procèdent ainsi par habitude. Pour terminer, il est souvent arrivé que le soignant qui enregistre la médication au dossier (c'est-à-dire inscrire le nombre de comprimés administrés et l'heure pour chaque type de médicament) ne soit pas le même travailleur qui ait donné ces dits comprimés.

Les observations faites permettent de constater que ces pratiques sont contraires aux recommandations émises par l'OIIQ qui stipulent qu'une infirmière devrait

seulement administrer la médication qu'elle a préparée elle-même pour, finalement, enregistrer elle-même les médicaments distribués en inscrivant la date, l'heure, ses initiales et sa signature (OIIQ, 2007) De plus, ces pratiques sont, malheureusement, dangereuses et peuvent être la cause de plusieurs erreurs.

5.5.5 Le suivi en externe. Le travail des infirmières qui œuvrent au volet externe est très différent. Leurs journées sont moins routinières et les tâches se font souvent de façon individuelle. D'abord, à tous les jours de la semaine, une des trois infirmières doit agir comme agent de liaison en se rendant au CHRTR. Elle s'y rend en taxi et profite du fait qu'elle soit sortie pour aller chercher le matériel médical manquant au site St-Joseph du Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) et apporter les échantillons d'urine de la veille au laboratoire. En général, elle passe la matinée à l'hôpital et revient au centre en après-midi seulement. Le reste de la journée est alors partagé entre les rendez-vous pour les évaluations NID-EM, la vaccination, le dépistage, et la préparation de la clinique médicale qui consiste principalement à rassembler les dossiers et le matériel nécessaire aux suivis qui seront effectués par le médecin le lendemain. En plus d'avoir à assumer ces tâches, les infirmières doivent aussi assurer la gestion de la boîte vocale #200. En effet, le suivi infirmier au volet externe est effectué principalement auprès des usagers qui suivent le protocole méthadone. En fait, ce sont ces individus qui bénéficient d'un suivi médical avec les médecins de l'organisation et ce sont aussi essentiellement ces gens qui utilisent la boîte vocale 200. Ces usagers ont

donc la possibilité de laisser des messages en tout temps sur cette boîte vocale. La gestion de cette messagerie représente donc une source importante d'imprévus qui demande un jugement clinique et une expertise infirmière solide.

Aussi, une infirmière, le mercredi, doit travailler de 13h à 21h pour assurer l'animation d'un groupe de thérapie; le groupe «Support/Sevrage». Au moment de la collecte de données, une seule infirmière avait la formation pour agir avec ce type de groupe. Finalement, le personnel soignant doit aussi assurer le travail de l'infirmière clinicienne présentement en congé de maternité qui n'a pas été remplacée. Ces tâches incluent le mandat régional attribué à Domrémy dont, par exemple, le suivi de la liste d'attente des usagers qui auraient besoin du traitement de substitution à la méthadone.

5.6 Les constats

À la suite de la collecte de données, il devient possible de souligner certains éléments, certains constats qui pourraient orienter les prochaines étapes du projet d'optimisation des soins infirmiers de Domrémy MCQ. La liste des différents constats regroupe, d'abord, ceux qui sont communs aux deux volets (voir tableau 11), puis, est divisée en deux parties distinctes selon qu'ils caractérisent le volet hébergement (voir tableau 12 ou le volet externe de l'organisation (voir tableau 13).

Tableau 11 : Constats communs aux deux volets

Constats	Causes ciblées
Manque d'harmonisation des pratiques et des outils de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de soins et de traitements infirmiers - Outils d'orientation
Instabilité au niveau des équipes	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmières temps partiel occasionnel - Structure de postes présente versus besoins réels - Remplacements et libérations
Standardisation des pratiques de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Outils de travail et routine de travail

Tableau 12 : Constats du volet hébergement

Constats	Causes ciblées
Lieux physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Poste de travail encombré - Mise à jour du système d’affichage - Confidentialité - Matériel de travail - Installation pour disposer du matériel bio dangereux - Classement et rangement des dossiers - Bureau du médecin encombré
Manque d’harmonisation des pratiques et des outils de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Procédures entourant tout ce qui a trait à la médication - Communications avec les autres intervenants - Formation reliée aux différents outils, incluant les outils informatiques
Manque de clarté au niveau des rôles, tâches et fonctions des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière chef d’équipe - Infirmière clinicienne - Infirmière technicienne - Infirmière auxiliaire
Tâches non infirmières effectuées par le personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation des chambres des usagers - Fouille des bagages des usagers - Gestion des effets personnels des usagers - Gestion du bouton de la porte d’entrée du centre lorsqu’elle doit demeurer verrouillée

Tableau 13 : Constats du volet externe

Constats	Causes ciblées
Lieux physiques	- Système de classification des dossiers
Harmonisation des pratiques et des outils de travail	- Outils de travail
Tâches non infirmières effectuées par le personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de la boîte vocale #200 - Toutes tâches cléricales engendrées par les cliniques médicales <p>(rassembler les dossiers la veille pour les consultations du lendemain, recueillir les prélèvements urinaires, compléter les ordonnances du médecin, télécopier les ordonnances à la pharmacie, téléphoner au pharmacien pour confirmer la réception de la télécopie, gérer les laboratoires où tout est inscrit à la main, effectuer l'inventaire et commander le matériel médical requis, transporter les commandes de matériel médical, tenir à jour la liste des usagers sur protocole de méthadone, etc.)</p>
Laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> - Transport pour acheminer les analyses au laboratoire; - Accès aux résultats de laboratoires.
Équipes interdisciplinaires	- Rôle de l'infirmière
Dédoublement d'information	- Dédoublement de l'information

5.7 Les pistes de solutions

Grâce aux observations menées lors de la collecte de données, il est devenu plus aisé de bien comprendre la réalité et les besoins des travailleurs de la santé de Domrémy. Cette meilleure compréhension du milieu a alors permis de proposer des pistes de solutions adaptées, de guider l'activité kaizen de façon plus efficiente et d'initier les changements nécessaires à l'optimisation des soins infirmiers de l'organisation. Afin de s'assurer de la réussite de ce projet, il est fortement suggéré de présenter ces pistes de solutions aux employés et de les impliquer activement au sein du processus de changement. En fait, s'allier aux travailleurs représente l'un des fondements de la philosophie de la méthode Toyota (Liker, 2009).

5.7.1 Les pistes de solutions communes aux deux volets

Harmonisation des pratiques et des outils de travail

- Plan de soins et de traitements infirmiers

Le personnel infirmier semble peu sollicité dans le processus de réadaptation de l'usager. En effet, l'organisation semble laisser davantage cette responsabilité aux intervenants sociaux alors que l'expertise infirmière peut facilement être intégrée en complément. L'enseignement est une partie importante du travail infirmier. Des apprentissages au niveau, entre autres, de l'hygiène de vie, de l'alimentation, du stress et de la gestion du stress, des bienfaits et des dangers de la médication seraient utiles pour les usagers. Ces activités pourraient être menées en petits groupes selon les besoins individuels de chaque usager spécifiés au plan de soins et de traitements infirmiers

(PSTI). Le PSTI serait donc un document où l'on retrouverait les diagnostics de l'usager, ses besoins, ses objectifs ainsi que les tâches et directives devant être remplies et suivies par le personnel de la santé pour aider les usagers à atteindre leurs objectifs. Il est important de préciser qu'une mise à jour régulière serait, toutefois, nécessaire. Finalement, en éliminant certaines des ASVA effectuées par les infirmières, la rédaction du PSTI pourrait s'inscrire dans les tâches régulières au même titre que la mise à jour du cardex, par exemple.

- Outils d'orientation

Un outil d'orientation est déjà proposé pour tous les intervenants œuvrant à Domrémy MCQ incluant le personnel infirmier. Toutefois, il semblerait qu'il ne soit pas utilisé tout à fait comme il se doit. En effet, l'outil est long et fastidieux à compléter. En plus, il prévoit plusieurs rencontres entre le nouvel employé et le gestionnaire responsable du suivi d'orientation qui doivent souvent être reportées faute de disponibilité des gestionnaires. Dans un contexte de pénurie, certains objectifs de l'orientation telle qu'elle est présentée sont donc difficilement réalisables. Il serait donc opportun d'effectuer une révision de cet outil afin de l'adapter à la réalité présente du milieu et de le rendre plus convivial.

Instabilité au niveau des équipes

- Infirmière à temps partiel occasionnel

Une partie du personnel infirmier ne détient ni poste ni garantie d'emploi. Ainsi, ces employés TPO doivent, pour la plupart se trouver un deuxième emploi réduisant ainsi leurs disponibilités chez Domrémy. Cette réalité entraîne alors une fausse rareté du personnel et oblige l'organisation à embaucher du personnel TPO plus que nécessaire. Comme les besoins de l'organisation sont réels et réguliers, il serait avisé d'offrir une garantie d'emploi afin de fidéliser les employés. De cette façon, la rétention du personnel serait grandement améliorée et les besoins ne seraient plus aussi criants au niveau du recrutement. En effet, peu importe le nombre d'infirmières disponibles sur la liste de rappel, si ces dernières ne travaillent pas, elles finiront par quitter l'organisation tôt ou tard.

- Structure de postes présente versus besoins réels

Dans un souci d'assurer un service de qualité, il devient nécessaire de combler les postes vacants. En plus d'assurer une stabilité au sein de l'équipe de travail, cela diminuerait les risques de bris de service.

- Remplacements et libérations

Toujours dans le but d'assurer un maximum de stabilité et un suivi optimal des usagers, il est primordial que les remplacements soient attribués et les libérations du

personnel soient couvertes. En procédant de cette manière, les équipes de travail déjà en place seront moins surchargées et il sera plus aisé de garantir des heures de travail aux employés TPO.

Standardisation des pratiques de travail

- Outils de travail et routine de travail

Dans le but de favoriser la rétention du personnel infirmier, il est impératif de standardiser les différentes pratiques de travail. En effet, à la suite de la standardisation du travail, c'est-à-dire en créant de nouveaux outils de travail et en modifiant d'autres déjà utilisés, il deviendrait plus aisé d'établir une routine et, ainsi, de faciliter le travail des infirmières TPO. Une routine claire réduirait les insécurités du personnel, ce qui, ultimement, les motiverait à augmenter leurs disponibilités. Toutefois, pour que ces démarches aient un tel impact, il est nécessaire d'effectuer une révision des rôles, des tâches et des responsabilités infirmières.

5.7.2 Les pistes de solutions du volet hébergement

Lieux physiques

- Poste de travail encombré

Le poste de travail où sont situés les soins infirmiers est composé de deux pièces encombrées (voir photos à l'appendice E). Ce désordre nuit aux infirmières et à leur performance au travail. Un endroit dégagé où chaque chose est à sa place augmenterait

l'efficacité du personnel en facilitant la concentration et en diminuant le temps passé à chercher.

- Mise à jour du système d'affichage

Lors de la collecte de données, il a été noté que les babillards où doivent être affichés les différents communiqués semblaient rarement mis à jour. En effet, il peut paraître anodin de régulièrement vérifier si la documentation exposée est toujours utile mais pour les gens travaillant uniquement à temps partiel, il devient difficile d'identifier ce qui demeure encore pertinent. De plus, il serait intéressant que les babillards soient identifiés en indiquant clairement la provenance des communiqués. Ainsi, tous les documents venant du coordonnateur de service ou de la direction générale, par exemple, se retrouveraient toujours au même endroit sur le même tableau d'affichage.

- Confidentialité

Lorsque l'infirmière doit s'entretenir de façon privée avec un usager, ces derniers s'installent, habituellement, dans la pièce adjacente au poste infirmier. Toutefois, il a été remarqué qu'il est possible de suivre toute la discussion en se trouvant au poste infirmier ou encore dans le corridor à proximité de la pièce. Il serait donc plus avisé d'effectuer ces rencontres dans un endroit plus isolé, situé plus éloigné du fumoir et d'autres locaux où se retrouvent des membres du personnel ou des usagers. De même, lors de la distribution des médicaments, tous les usagers attendent à proximité du poste leur

permettant de suivre toutes les conversations que tiennent les infirmières avec les autres usagers. Il est donc suggéré de revoir ce processus.

- Matériel de travail

Le matériel de travail semble réparti un peu partout de façon disparate. Afin de réduire le temps où les infirmières doivent chercher ce dont elles ont besoin, il serait approprié de toujours ranger le matériel au même endroit et d'identifier cet endroit. Il serait aussi utile de bénéficier de plus d'unités de rangement. Ainsi, le matériel serait plus facilement accessible.

- Installation pour disposer du matériel bio-dangereux

Dans le même ordre d'idées, il serait absolument nécessaire que tous les contenants pour disposer du matériel bio-dangereux soient conservés dans un endroit sécurisé plutôt qu'être répartis à différents endroits du poste infirmier. La clientèle du centre est une clientèle très à risque d'être infectée par des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) (hépatites, VIH). Il devient donc primordial de prévenir tous risques d'accident afin d'assurer la sécurité du personnel et d'éviter la transmission.

- Bureau du médecin

En voyant le bureau du médecin, il est difficile de croire que c'est l'endroit où ce dernier reçoit les usagers. Le local, déjà étroit, est encombré de dossiers et de matériel peu utilisé (voir l'appendice F). Cette pièce qui devrait être propre et aseptisée fait plutôt office de débarras. D'abord, dans le but d'assurer une confidentialité minimale, tous les dossiers qui s'y trouvent devraient être rangés dans un classeur verrouillé ou bien archivés. Ensuite, tout le matériel qui ne sert plus devrait être recensé et disposé ailleurs, tout en demeurant accessible.

Harmonisation des pratiques et des outils de travail

- Procédures entourant tout ce qui a trait à la médication (préparation des dosettes, inscriptions au cardex, distribution et enregistrement).

Dans le but d'assurer une administration des médicaments sécuritaire et de respecter les recommandations de l'OIIQ, il serait utile de créer un partenariat avec une pharmacie des environs. Une fois la révision de la médication effectuée par les infirmières et l'obtention du profil pharmacologique de l'utilisateur de sa pharmacie usuelle, il deviendrait possible de communiquer avec la pharmacie partenaire afin de faire livrer la médication nécessaire directement en dosette hebdomadaire (dispill). Les piluliers appartenants à Domrémy pourraient alors être utilisés seulement pour les usagers sous protocole. Puis, au moment du départ, une prescription comprenant tous les derniers changements au niveau de la médication pourrait être remise à l'utilisateur afin qu'il la

remette à sa pharmacie usuelle. En procédant de cette façon, tous les médicaments seraient livrés par la même pharmacie, le même jour et au bon endroit. De plus, cela diminuerait considérablement le temps passé à manipuler la médication et à vérifier ces manipulations.

Finalement, une nouvelle feuille d'administration des médicaments (FADM) devrait être rédigée en comprenant le nom de chaque médicament à distribuer à l'utilisateur ainsi que la posologie, le moment d'administration et un espace prévu pour que le professionnel puisse inscrire la date, l'heure, ses initiales et sa signature en y confirmant ses initiales. Ces feuilles, plus sécuritaires, pourraient être présentées sous forme de canevas et être complétées à la main étant donné les modifications fréquentes ou encore elles pourraient être tirées des feuilles des différents protocoles de médicaments.

- Communications avec les autres intervenants

Lors des différentes réunions en équipe interdisciplinaire, un manque de structure et de leadership a été remarqué. Un plan de réunion plus ordonné se basant, par exemple, sur les cardex pourrait faciliter les communications et réduire le temps passé en rencontre. Finalement, l'infirmière pourrait agir à titre de leader en dirigeant la réunion étant donné que cette dernière côtoie tous les usagers.

- Formation reliée aux différents outils incluant les outils informatiques

Certains outils informatiques ne sont pas utilisés ou ne le sont que très rarement. Il serait donc opportun de se servir de cette vague de changement pour s'assurer que tous soient formés adéquatement. Une fois cela effectué, il sera nécessaire de veiller à planifier des périodes régulières de mises à jour. Ainsi, la gestion de la liste de rappel, par les infirmières de soir et nuit avec le système «Magistra» (système qui permet de vérifier les disponibilités des professionnels normalement employé par le personnel de la liste de rappel) devrait être révisée, car ce processus devient rapidement fastidieux pour tous ceux qui l'utilisent peu.

Manque de clarté au niveau des rôles, tâches et fonctions

- Infirmière chef d'équipe, infirmière clinicienne, infirmière technicienne et infirmière auxiliaire

Les rôles de chaque professionnel ne semblent pas être appliqués tel qu'il est prévu dans les descriptions de tâches. Ainsi, les soignants ne sont pas utilisés à leur plein potentiel. Chaque type d'intervenant a reçu une formation spécifique dans le but de développer différentes expertises. Dans une optique d'optimisation des soins de santé, il serait donc approprié de clarifier le rôle, les tâches et les fonctions précis à chacun.

Tâches non infirmières effectuées par le personnel

- Préparation des chambres des usagers, fouilles des bagages, gestions des effets personnels, gestion du bouton de la porte d'entrée du centre lorsqu'elle doit demeurer verrouillée, etc.

Pour le personnel soignant, ces tâches représentent des irritants majeurs en plus de leur causer de nombreuses pertes de temps. Il serait peut-être possible de partager ce travail avec les autres intervenants.

5.7.3 Les pistes de solution du volet externe

Lieux physiques

- Système de classification des dossiers

Souvent, au volet externe de Domrémy MCQ, les infirmières ne sont pas considérées comme les intervenantes pivots et font moins de suivi long terme. Pourtant, comme elles sont responsables de la gestion de la boîte vocale 200 et de la préparation des différentes cliniques médicales, elles doivent régulièrement consulter ou regrouper des dossiers. Comme ces derniers sont répartis un peu partout dans le centre, cette tâche devient rapidement pénible. Comme les usagers sont suivis par plusieurs types de professionnels simultanément, il devient difficile de rassembler tous les dossiers dans une même pièce. Cependant, il serait possible de dresser une liste, régulièrement mise à jour, qui indiquerait le nom de l'utilisateur, l'intervenant pivot, le numéro de local de cet intervenant et l'endroit où est déposé le dossier. Cette liste devrait être sous la responsabilité du commis ou d'une agente administrative qui s'assurerait de la mettre à

jour. Rédiger une telle liste peut sembler ennuyeux mais cela aiderait grandement les professionnels lorsqu'ils cherchent un dossier et leur ferait sauver du temps. Finalement, ce temps dégagé pourrait être investi auprès des usagers.

Harmonisation des pratiques et des outils de travail

- Outils de travail

Il est nécessaire de créer une routine afin de faciliter le travail du personnel infirmier. Au volet externe, cela représente tout un défi car les soignants, en plus d'effectuer de nombreuses tâches, doivent régulièrement gérer des imprévus. C'est donc dans un souci de standardisation que les outils de travail devraient absolument être révisés. En fait, les outils de travail utilisés devraient être le plus simple possible, rapides à compléter et légaux. De plus, ces derniers devraient être les seuls documents à compléter dans le but d'éviter la répétition d'informations. En ayant un plus grand nombre d'outils de travail, les tâches quotidiennes des infirmières seront simplifiées et plus structurées. Finalement, le temps dédié à la rédaction aux dossiers se verra aussi diminué.

Tâches non infirmières effectuées par le personnel infirmier

- Gestion de la boîte vocale #200

La gestion de la boîte vocale #200 ne devrait pas être assurée par le personnel infirmier. En effet, ce système représente une charge de travail importante que les

infirmières peinent à compléter étant donné leur journée déjà très occupée. Il serait peut-être possible que cette boîte vocale soit gérée par un membre du personnel administratif. Une autre piste de solutions serait de partager cette tâche avec les intervenants sociaux. Chaque intervenant pourrait se voir attribuer la responsabilité de vérifier la boîte vocale pendant un certain laps de temps, une semaine par exemple. Une fois cette période terminée, il s'agirait de procéder à une rotation avec les autres membres du personnel à l'exception des infirmières. Effectivement, comme les infirmières seront fréquemment interpellées afin de régler des problématiques de santé, leur part du travail pourrait être considérée comme étant effectuée.

- Toutes tâches cléricales engendrées par les cliniques médicales c'est-à-dire :

- ✓ rassembler les dossiers la veille pour les consultations du lendemain;
- ✓ recueillir les prélèvements urinaires;
- ✓ compléter les ordonnances du médecin;
- ✓ télécopier les ordonnances à la pharmacie;
- ✓ téléphoner au pharmacien pour confirmer la réception de la télécopie;
- ✓ gérer les laboratoires où tout est inscrit à la main;
- ✓ effectuer l'inventaire et commander le matériel médical requis;
- ✓ transporter les commandes de matériel médical;
- ✓ tenir à jour la liste des clients sur protocole de méthadone, etc.

Dans le but de libérer du temps infirmier, toutes les tâches de cette énumération pourraient et devraient être assurées par d'autres professionnels, par exemple : par l'agente administrative et par le transporteur médical.

En effet, le travail infirmier engendré par les cliniques médicales est considérable. En y ajoutant toutes les besognes cléricales, la charge de travail devient rapidement trop lourde pour une seule personne. Cela peut sembler anodin mais l'obligation de remplir ces tâches en plus des activités infirmières habituelles et de toutes les autres responsabilités apportées par le poste vacant de l'infirmière clinicienne, dont le mandat régional, font en sorte de diminuer grandement la satisfaction au travail et rend très ardu les remplacements des infirmières régulières. Bref, dans le but premier de favoriser la rétention du personnel et, ensuite, d'alléger le travail infirmier, il est suggéré qu'une nouvelle répartition des tâches soit mise de l'avant, et ce, rapidement.

Laboratoires

- Transport pour acheminer les analyses de laboratoire

À l'heure actuelle, toutes les analyses de laboratoire sont acheminées par taxi jusqu'au CHRTR. Il serait intéressant de vérifier si les coûts de transport ne seraient pas moins onéreux si un partenariat était créé avec une entreprise spécialisée dans le transport de matériel médical. En effet, un tel transporteur pourrait aussi effectuer les livraisons de matériel entre le site St-Joseph du CSSSTR et le point de service de Trois-

Rivières. Un tel service de transport existe déjà et offre ses services dans plusieurs organisations.

Accès aux résultats de laboratoire

Il a été rapporté par le personnel soignant qu'il est régulièrement très difficile d'avoir un accès rapide aux résultats d'analyse de laboratoire. Comme plusieurs démarches, processus et suivis dépendent de ces résultats, cette situation peut devenir très fâcheuse et ce sont bien souvent les infirmières qui doivent gérer les humeurs des usagers mécontents.

Dans le but d'assurer un service de qualité aux usagers et de remédier à ce problème, l'utilisation du logiciel «MediResult» pourrait être envisagée. Effectivement, en plus de permettre un accès quasi instantané aux résultats d'analyses, il pourrait aussi être utilisé pour l'impression de requêtes informatisées. Ceci éviterait alors aux infirmières de remplir toutes les requêtes de laboratoire et les étiquettes servant à identifier les tubes à la main. De plus, les étiquettes informatisées indiquent toujours le tube à utiliser. Ce détail peut paraître banal mais cela épargnerait aux infirmières de chercher le tube à employer et, éventuellement, cela diminuerait aussi le nombre d'erreurs ainsi que le nombre d'analyses à reprendre.

Équipe interdisciplinaire

- Rôle de l'infirmière

Le rôle de l'infirmière n'a jamais été clairement établi. Ainsi, les autres professionnels de la santé ignorent l'ampleur du champ d'expertise de ces professionnelles et, ainsi, minimisent leur implication auprès de la clientèle. Pourtant, de nombreux usagers pourraient retirer beaucoup des enseignements infirmiers. Un tel suivi leur ait souvent refusé simplement parce qu'on ignore une grande partie du travail que peuvent accomplir les infirmières. Dans le but d'offrir des services complets, il serait donc primordial de clarifier le rôle du personnel infirmier et d'en informer les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

Dédoubllement de l'information

Les tâches infirmières comportent énormément de travail clérical. En plus de rédiger les notes d'observation et d'effectuer des statistiques qui découlent des interventions infirmières, il n'est pas rare que les infirmières doivent aussi compléter plusieurs autres documents qui comprennent tous les mêmes informations. Dans une optique de standardisation et d'optimisation des soins de santé, il serait nécessaire d'épurer au maximum la documentation employée. Il est certain que tous les documents légaux doivent être complétés de façon conforme, mais les autres devraient être révisés. Cette vérification permettrait, en plus, de clarifier les tâches des infirmières et devrait être mise sur papier afin de servir de document de référence aux employés TPO. Par exemple, on retrouverait la tâche «vaccination», une description de la tâche et des étapes

qui doivent être suivies puis une énumération de tous les documents, de tous les formulaires devant être remplis en précisant ceux qui doivent être conservés au dossier actif et ceux qui peuvent être archivés immédiatement.

5.8 L'objectif de l'activité kaizen

Comme il a été mentionné précédemment, le mot japonais kaizen signifie un processus d'amélioration concret, simple et peu onéreux qui s'échelonne sur quelques semaines. Une activité kaizen peut aussi être réalisée spécifiquement sur 3 à 5 jours (voir l'appendice A). Cette activité doit alors porter sur un objectif précis et mener à la production d'un plan d'action à court terme (20 jours). Elle peut aussi conduire au développement d'un plan d'action à plus long terme selon les besoins de l'organisation. Le kaizen repose sur de petites améliorations faites au quotidien et tend à inciter chaque travailleur à s'impliquer activement dans les processus de changements du lieu de travail (Liker, 2009).

Une équipe de travail a donc été composée par la direction de Domrémy MCQ pour participer à l'activité kaizen. Cette équipe était composée du coordonnateur du volet externe de Trois-Rivières, du coordonnateur de l'hébergement, du coordonnateur des volets externes de La Tuque et de Victoriaville, du coordonnateur des volets externes de Shawinigan et de Drummondville, du coordonnateur des services professionnels, du chef de service des ressources humaines, du chef des ressources financières, matérielles et informationnelles et de l'infirmière chef d'équipe du volet

hébergement. Cette équipe avait identifié comme objectif principal l'amélioration des processus cliniques et l'intégration du personnel infirmier pour répondre aux besoins de santé de la clientèle. Cet objectif a été déterminé ainsi dans le but d'intégrer les principaux constats concernant les deux volets de l'organisation jugés les plus pertinents par l'équipe de travail. En effet, il est important de savoir que l'objectif de la recherche-action est de travailler sur les enjeux que priorise l'équipe de travail. Un plan d'action (tableau 14 situé aux pages 143 et 144) a été élaboré en fonction de cet objectif. Finalement, la seconde collecte de données se veut donc un suivi des démarches entreprises au regard de chaque priorité ciblée au plan d'action.

Tableau 14: Priorités identifiées, plan d'action et échéancier.

Priorités	Indicateurs	Responsable	Date de début	Date de fin
Orientation - Revoir le contenu; - Concevoir un guide convivial qui permettra d'assurer le maintien des compétences de l'employé comprenant des listes à cocher - Prévoir un pairage systématique	Guide format papier prêt à être utilisé	Coordonnateur des services professionnels	Octobre 2011	Décembre 2011 : Guide à cocher rédigé Janvier 2012 : Expérimentation Été 2012 : Intégration
Probation - Assurer un suivi spécifique et formalisé	Guide format papier prêt à être utilisé	Coordonnateur des services professionnels	Octobre 2011	Décembre 2011 : Guide à cocher rédigé Janvier 2012 : Expérimentation Été 2012 : Intégration
Routine infirmière - Décrire une journée type; - Dégager du temps pour la fonction de chef/responsable des soins	- Description d'une journée type disponible format papier pour chaque volet de l'organisation - Temps dégagé pour la chef/responsable des soins.	- Coordonnateur de l'hébergement; - Coordonnateur des services professionnels; - Coordonnateur des volets externes de Shawinigan et de Drummondville	Fin octobre 2011	18 novembre 2011
Créer un poste volant	Création du poste et titulaire du poste en place	Chef de service des ressources humaines	Novembre 2011	Dossier en suspens
Analyser la possibilité d'obtenir des heures infirmières grâce à l'intégration du programme PK	Analyse et rapport complétés	- Chef de service des ressources humaines; - Coordonnateur des services professionnels	Octobre 2011	Dossier en suspens

Priorités	Indicateurs	Responsable	Date de début	Date de fin
Analyser les ASVA pour les infirmières pour dégager du temps pour les AVA pour les infirmières	Répartition des ASVA pour les infirmières auprès des autres professionnels de l'équipe	Coordonnateur de l'hébergement;	Octobre 2011	10 Novembre 2011
Réaménager les lieux physiques au volet hébergement	<ul style="list-style-type: none"> -Tableaux d'affichage épurés -Installation des boîtes biorisques sécurisées - Hauts des armoires nettoyés - Utilisation des pigeonniers - Aménagement d'un bureau d'entrevue - Fauteuil de traitement remplacé - Chaise roulante remise - Ménage fait 	<ul style="list-style-type: none"> -Infirmière chef d'équipe du volet hébergement; - Chef des ressources financières, matérielles et informationnelles. 	Octobre 2011	Fin novembre 2011
Harmoniser les outils informatiques et les formulaires papiers	Formulaires et outils informatiques standardisés et disponibles pour les deux volets	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière chef d'équipe du volet hébergement; - Coordonnateur du volet externe de Trois-Rivières. 	Octobre 2011	28 novembre 2011
Réviser les processus de préparation de la médication	Médication préparée dans un environnement toujours dans les mêmes conditions	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnateur de l'hébergement; - Infirmière chef d'équipe du volet hébergement 	Octobre 2011	Décembre 2011
Standardiser la réunion quotidienne - Prévoir animateur	Plan de la rencontre rédigé et utilisé	Coordonnateur de l'hébergement;	Octobre 2011	Octobre 2011
Prévoir un plan de contingence	Plan de contingence rédigé	Chef de service des ressources humaines	Novembre 2011	Dossier en suspens

La deuxième collecte de données

Une première collecte de données a été réalisée au cours de la période automnale 2011 au sein des volets hébergement et externe de Trois-Rivières. Cette collecte a permis à la chercheuse de la chaire IRISS d'atteindre plusieurs objectifs. D'abord, il a été possible de comprendre l'ensemble des étapes du processus de gestion du plan de main d'œuvre (PMO) et de questionner les équipes de coordination dans le but de recueillir des données. Ensuite, avec l'étude des processus cliniques utilisés par le personnel infirmier et par la prise de données sur l'organisation du travail (conditions de travail, horaire, type de professionnel utilisé, etc.), des propositions d'amélioration de l'organisation du travail ont pu être émises afin de favoriser le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

À la suite de la première collecte de données, un rapport de recherche a été rédigé menant à l'activité kaizen qui s'est tenue au cours du mois d'octobre 2011. Lors de ces trois jours intensifs, les priorités de l'organisation ont été identifiées, puis énumérées dans un plan d'action. Une deuxième collecte de données a ensuite été effectuée au printemps 2012 dans le but de mesurer l'avancée des actions ciblées prioritaires lors du kaizen du mois d'octobre 2011.

5.9 La comparaison des résultats de l'étude de temps et mouvement

Comme il a déjà été mentionné, une étude de temps et mouvements a été utilisée lors de la première collecte de données réalisée à l'automne 2011. Cette dernière effectuée auprès du personnel du volet hébergement de Domrémy MCQ a permis de recueillir des données qui ont servi à l'analyse du travail fait par ces professionnels. La deuxième prise de données, menée en hiver 2012, a été exécutée dans le même contexte.

Pour cette deuxième collecte, l'observation chronométrée a été effectuée sur les quarts de travail de soir et de nuit en semaine. Aucune observation n'a été réalisée de jour puisqu'aucune modification n'a été réalisée au niveau de la structure ou des processus cliniques utilisés par cette équipe de travail.

Les résultats regroupent les catégories d'employés et représentent un temps moyen par activité. Les tableaux des pages suivantes présentent les résultats détaillés par quart de travail et par type de professionnel. À noter qu'il est possible de comparer les tableaux découlant de la première prise de données à ceux de la seconde prise de données.

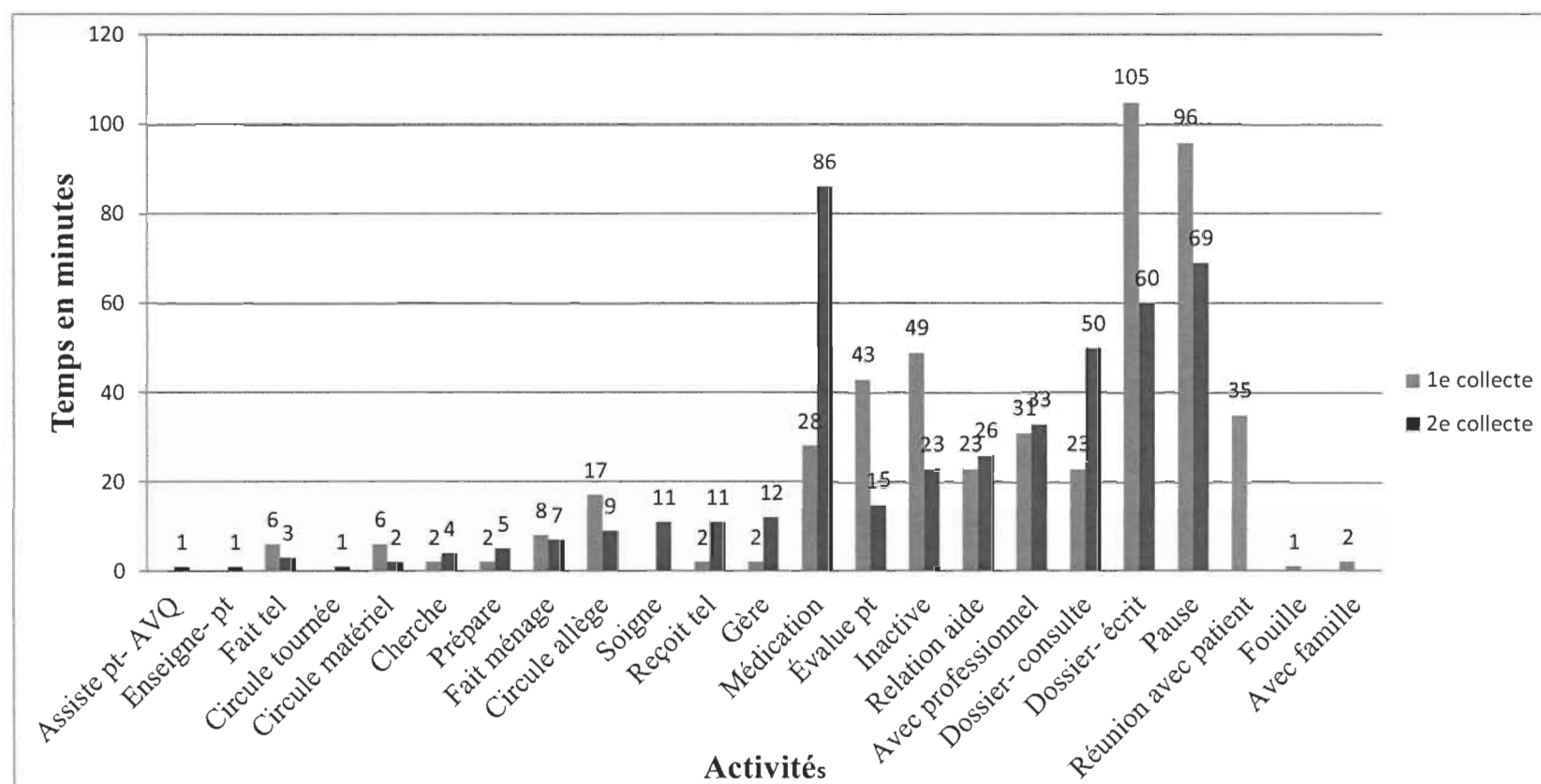
Les tableaux sont présentés par catégorie d'emploi et par quart de travail dans l'ordre suivant :

- Infirmière
 - ✓ Soir (semaine)

✓ Nuit (semaine)

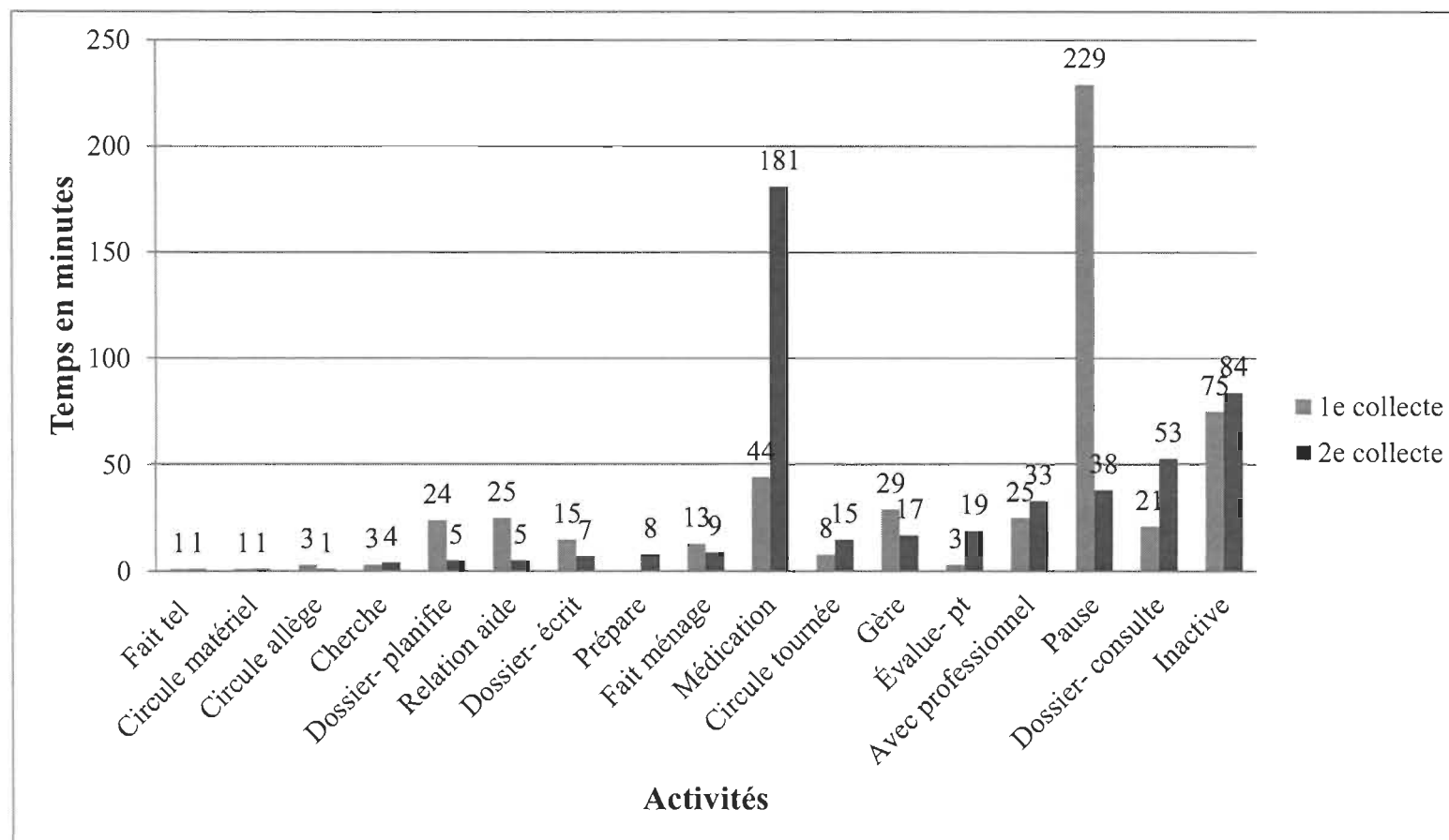
5.9.1 Les infirmières du quart de soir, la semaine. En comparant les données obtenues lors des deux collectes (graphique 14), il est possible de remarquer que le temps consacré aux activités entourant la médication a augmenté passant de 28 minutes à 86 minutes. Le temps passé dans le dossier a, quant à lui, diminué passant de 128 minutes à 110 minutes et le temps passé auprès des usagers pour de l'évaluation aussi passant de 43 minutes à 15 minutes. Les raisons entourant ces changements seront explorées au cours de la discussion.

Graphique 14 : Comparaison du temps requis pour chaque activité lors des deux collectes de données du travail de l'infirmière du quart de travail de soir (semaine) lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



5.9.2 L'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine. En s'attardant aux données (graphique 15), il est possible de constater que le temps accordé aux activités entourant la médication a augmenté de façon importante passant de 44 minutes à 181 minutes. Finalement, le temps de pause a beaucoup diminué passant de 229 minutes à 38 minutes. Certaines modifications entourant les processus cliniques appliqués par l'organisation sont responsables de ces changements. Ces dernières seront abordées plus longuement au cours de la discussion.

Graphique 15: Comparaison du temps requis pour chaque activité lors des deux collectes de données du travail de l'infirmière du quart de travail de nuit (semaine) lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012

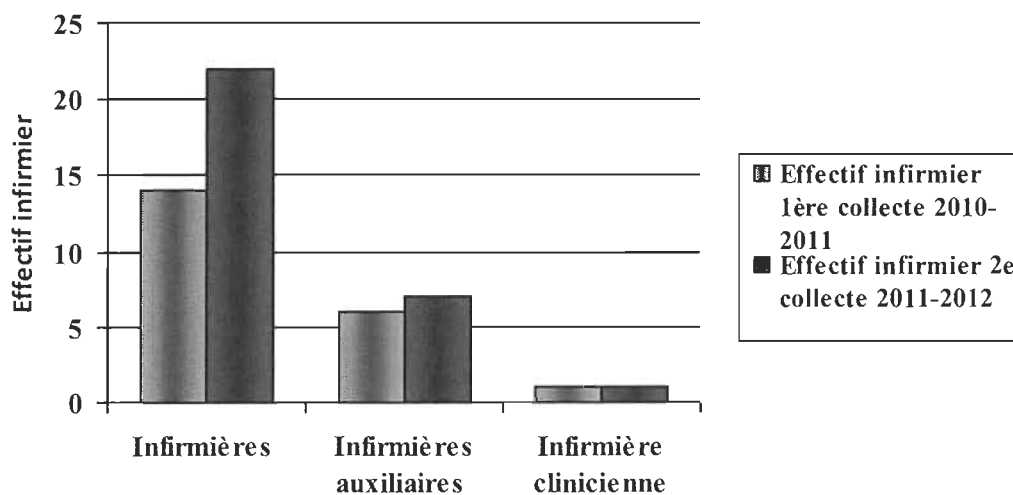


5.10 Le personnel infirmier

Dans un souci de cohérence avec les objectifs du projet, la chercheure a utilisé les mêmes données administratives concernant le personnel infirmier que celles utilisées lors de la première collecte de données.

5.10.1 Le personnel infirmier engagé. Au cours de l'année financière du 1^e avril 2011 au 31 mars 2012, Domrémy MCQ employait 1^{er} infirmière clinicienne, 22 infirmières et 7 infirmières auxiliaires. Une augmentation de 8 infirmières et d'une infirmière auxiliaire est donc remarquée, tel que démontré dans le graphique 16, ci-dessous.

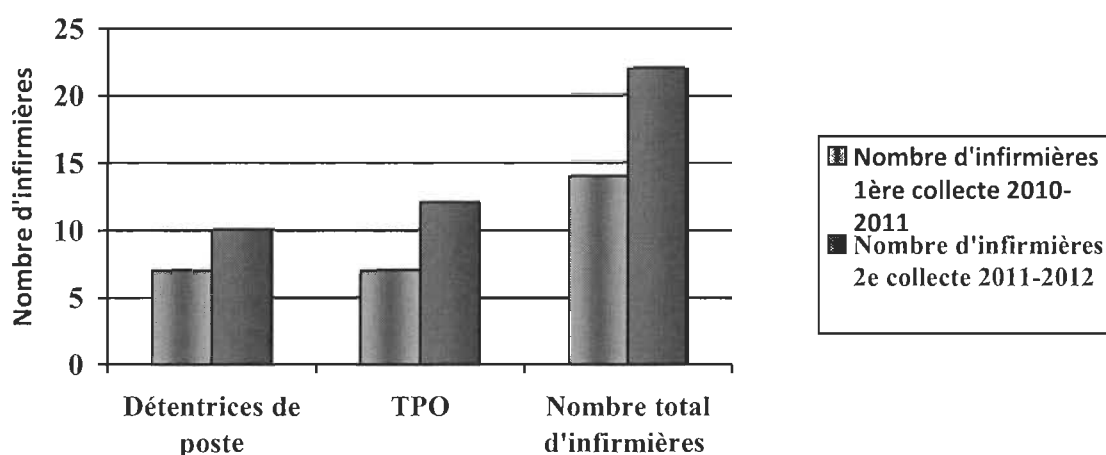
Graphique 16 : Comparaison de la répartition du personnel infirmier selon le titre d'emploi lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



Malheureusement, les dernières données fournies par Domrémy ne donnent aucun renseignement concernant la répartition du personnel infirmier selon le volet de l'organisation.

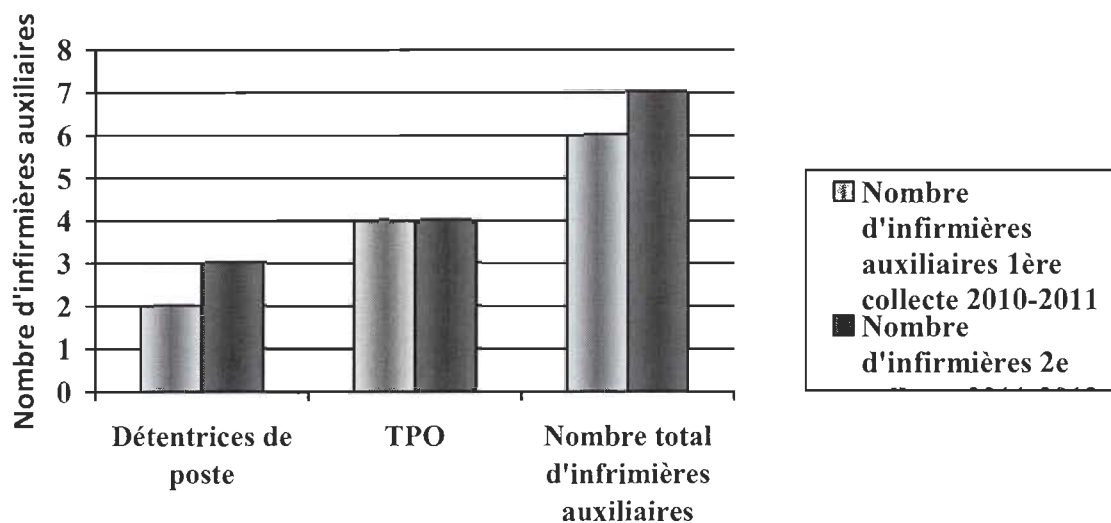
5.10.2 Le personnel infirmier détenteur de poste. Selon les données obtenues, 45% des infirmières détiennent maintenant un poste comparativement à 50 % lors de la première collecte, ce qui signifie que sur les 22 infirmières employées, 10 d'entre elles détiennent un poste alors que les 12 autres sont considérées TPO, tel que démontré dans le graphique 17 ci-dessous.

Graphique 17 : Comparaison de la répartition des infirmières détentrices de poste par rapport aux infirmières TPO lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



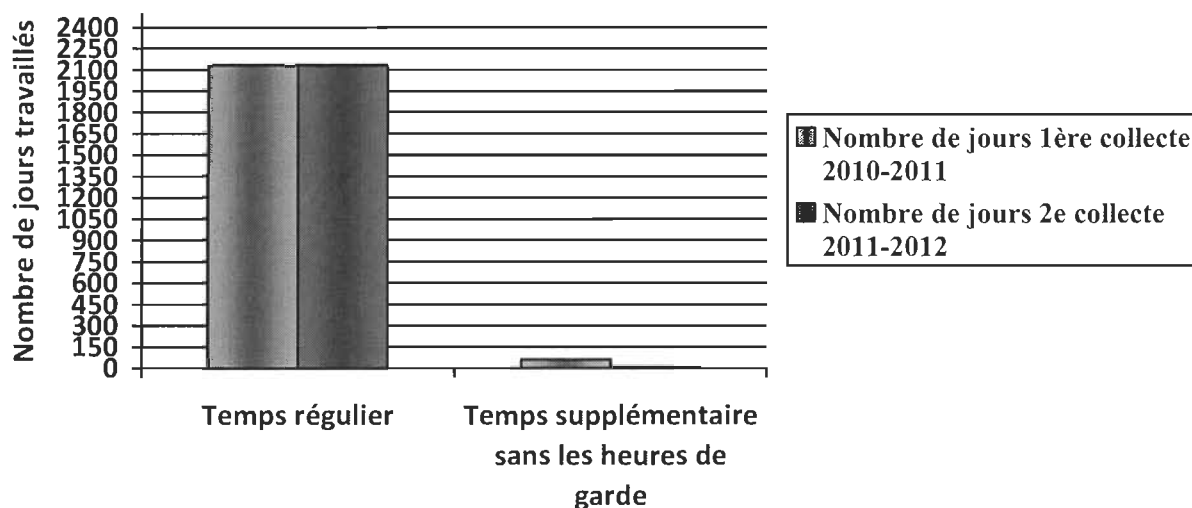
Chez les infirmières auxiliaires, ce taux est passé de 37,5% lors de la première collecte à 43% lors de la seconde. En termes concrets, trois infirmières auxiliaires détiennent un poste, alors que les quatre autres sont TPO et, donc, gérées par la liste de rappel. Le graphique 18, ci-dessous présente les données obtenues lors de la première collecte en 2010-2011 et lors de la seconde collecte en 2011-2012.

Graphique 18 : Comparaison de la répartition des infirmières auxiliaires détentrices de poste par rapport aux infirmières auxiliaires TPO lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



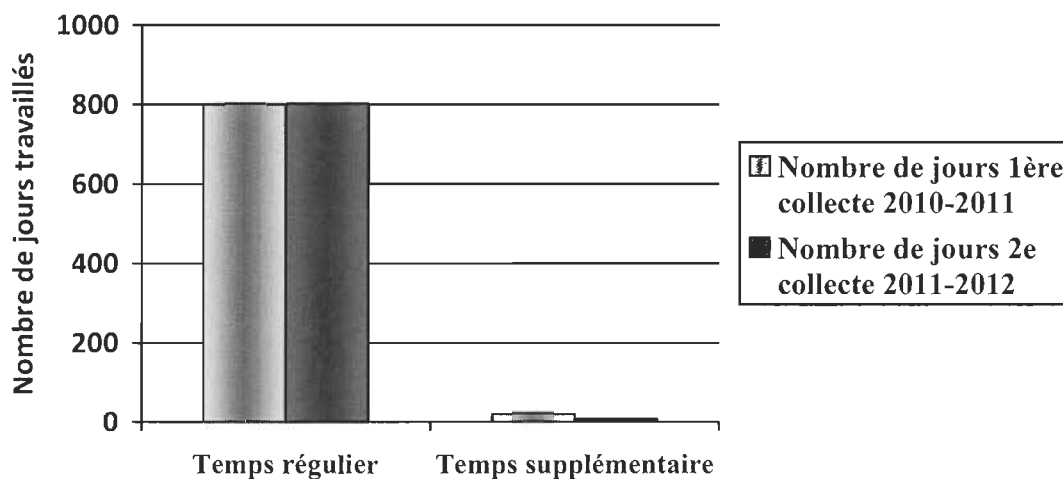
5.10.3 Le temps supplémentaire effectué par le personnel infirmier. Au cours de l'année 2011-2012, le nombre de jours travaillés est demeuré à 2 100 jours. Le nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel infirmier (sans les heures de garde) s'élève à 70,13 heures soit près de 9,35 jours, ce qui représente une diminution considérable comparativement aux 57,92 jours de travail répertoriés au cours de l'année précédente. Le graphique 19, ci-dessous regroupe les données de la première collecte en 2010-2011 et de la deuxième collecte en 2011-2012.

Graphique 19 : Comparaison du nombre de jours de temps supplémentaire (excluant les heures de garde aux repas) effectués par les infirmières par rapport au nombre total de jours travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



Chez les infirmières auxiliaires, le nombre total de jours travaillés s'élève à 799,68 jours. Le nombre d'heures supplémentaires sans les heures de garde totalise, quant à lui, 48,88 heures au cours de la dernière année, soit près de 7 jours, ce qui représente aussi une baisse notable par rapport aux 20,46 jours de l'année précédente. Le graphique 20, ci-dessous illustre les données de la première collecte en 2010-2011 et de la deuxième collecte en 2011-2012.

Graphique 20: Comparaison du nombre de jours de temps supplémentaire (excluant les heures de garde aux repas) effectués par les infirmières auxiliaires par rapport au nombre total de jours travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



5.10.4 Le taux de roulement du personnel infirmier. En 2011-2012, le taux de roulement des infirmières a augmenté à 37,8% comparativement à 19,35% noté pour l'année précédente. Ce taux signifie que sur les 22 infirmières employées neuf (8,32) d'entre elles ont été remerciées ou ont quitté Domrémy de leur plein gré.

Du côté des infirmières auxiliaires, le taux de roulement s'élève à 13,3%. C'est donc dire que sur les sept infirmières auxiliaires œuvrant pour l'organisation partenaire, une d'entre elles a démissionné ou a été congédié. Ce taux était noté à 11,76% lors de la première collecte.

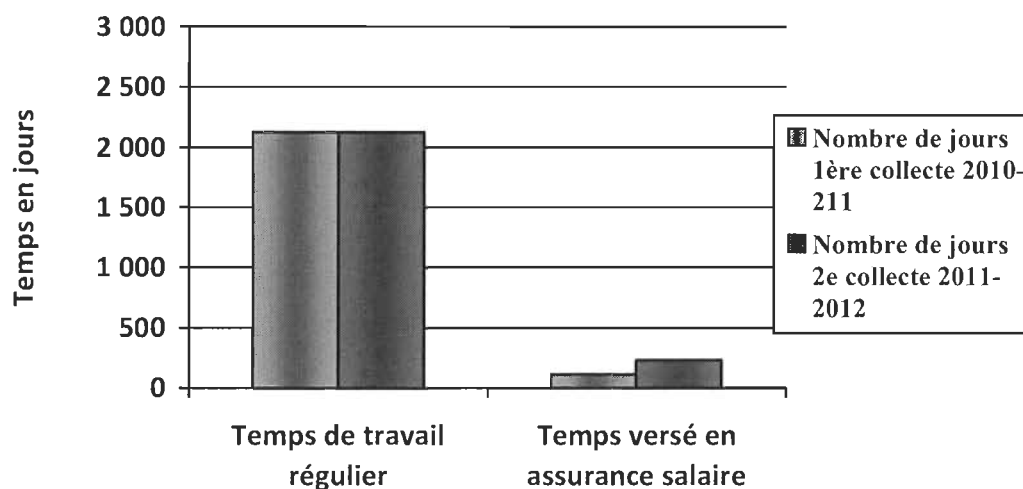
5.10.5 Le taux de rétention du personnel infirmier. Chez les nouvelles infirmières engagées au cours de l'année 2011-2012, un taux de rétention à 63,6% a été calculé. Ce pourcentage permet de comprendre qu'à l'occasion de l'embauche de quatre nouvelles infirmières, seulement 3 (2,5) d'entre elles resteront à l'emploi. Ce taux a connu une baisse comparativement à 75% calculé lors de l'année 2010-2011.

Du côté des infirmières auxiliaires, le taux de rétention est non disponible pour l'année 2011-2012. Toutefois, comme Domrémy n'a procédé qu'à l'embauche d'une seule infirmière auxiliaire au cours de la dernière année, le taux calculé n'aurait pas été significatif.

5.10.6 Le taux d'embauche du personnel infirmier. Les données administratives fournies par l'organisation partenaire ne comprennent pas le taux d'embauche de l'année 2011-2012. Il semble que l'équipe de gestion de Domrémy n'ait pas vu l'utilité de procéder à cette analyse. Ce point sera discuté davantage dans la section de la discussion.

5.10.7 Le niveau d'assurance-salaire versé au personnel infirmier. Le niveau d'assurance-salaire calculé pour les infirmières est passé de 4,95% à 9,6% au cours de la dernière année. Ce qui équivaut à près de 1 692,49 heures versées en assurance-salaire soit 225,67 jours comparativement aux 2 125,02 jours de travail régulier tel que démontré dans le graphique 21 à la page suivante.

Graphique 21 : Comparaison du nombre de jours travaillés versus le nombre de jours versés en assurance-salaire travaillés lors de la première collecte de données en 2010-2011 et de la deuxième collecte de données en 2011-2012



Chez les infirmières auxiliaires, une augmentation du niveau d'assurance-salaire peut aussi être remarquée. En effet, ce niveau est passé de 0% en 2010-2011 à 8,1% en 2011-2012. Les infirmières auxiliaires sont seulement sept comparativement aux 22 infirmières.

5.10.8 La comparaison des indicateurs mesurés lors de la première collecte (2010-2011) et de la seconde collecte (2011-2012). Le tableau suivant présente une comparaison des indicateurs mesurés lors des deux collectes de données.

Tableau 15 : Comparaison des indicateurs mesurés lors de la première collecte de données 2010-2011 et de la seconde collecte de données 2011-2012

Indicateurs	Infirmières		Infirmières auxiliaires	
	Première collecte	Seconde collecte	Première collecte	Seconde collecte
Personnel engagé	14 personnes	22 personnes	6 personnes	7 personnes
Personnel orienté au volet hébergement	11 personnes	Non disponible	6 personnes	Non disponible
Personnel orienté au volet externe	8 personnes	Non disponible	0	Non disponible
Personnel détenteur de poste	7 personnes (soit 50%)	10 personnes (soit 45%)	2 personnes (soit 37.5%)	3 personnes (soit 43%)
Temps supplémentaire effectué avec les heures de garde	138,58 jours	Non disponible	33,12 jours	Non disponible
Temps supplémentaire effectué sans les heures de garde	57,92 jours	9,35 jours	20,46 jours	7 jours
Taux de roulement du personnel infirmier	19,35%	37,8%	11,76%	13,3%

Taux de rétention du personnel infirmier	75%	63,6%	Non disponible	Non disponible
Taux d'embauche	51,61%	Non disponible	0%	Non disponible
Niveau d'assurance-salaire	110,67 jours	225,67 jours	0 jours	200,68 jours

5.11 Les constats

Quelques constats ont découlé de la première collecte de données. Ces constats ont guidé le travail à faire dans la poursuite du projet de réorganisation des soins de santé de Domrémy MCQ. Les prochaines pages portent sur la reprise des constats qui ont été travaillés dans la période précédant la seconde collecte de données.

5.11.1 Les constats communs aux deux volets

Manque d'harmonisation des pratiques et des outils de travail

- Plan de soins et de traitements infirmiers;
- Outils d'orientation.

Un travail de révision des différents formulaires utilisés par les deux volets de l'organisation a été entamé. Les outils d'orientation et de probation ont, eux aussi, été revus. Un travail a été réalisé à ce niveau.

Instabilité au niveau des équipes

- Infirmières temps partiel occasionnel;
- Structure de postes présente versus besoins réels;
- Remplacements et libérations.

Des efforts au niveau des ressources humaines ont été concentrés sur la création d'un nouveau poste d'équipe volante à trois jours par semaine. Un essai par projet-pilote

devait débiter dans les mois suivant la deuxième collecte de données afin de déterminer si ce poste représentait une solution jugée pertinente aux différents problèmes reliés à l'instabilité des équipes de travail. De plus, un remaniement des quarts de travail est aussi envisagé dans le but de réduire le temps supplémentaire relié au temps de garde sur les heures de repas. En effet, l'organisation envisage qu'une infirmière puisse débiter son quart de travail à midi et le terminer à 20 heures, couvrant ainsi les heures de repas sans être de garde.

Une réflexion a aussi été menée au regard de l'utilisation du programme concernant l'évaluation des conducteurs avec facultés affaiblies en collaboration avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). La participation de Domrémy à ce programme visait à disposer de plus de temps de travail infirmier. Après analyse, il a été convenu que le programme ne sera pas utilisé dû à des contraintes importantes au niveau du temps que le programme nécessite et des difficultés de gestion qu'il entraîne.

Finalement, la rédaction d'un plan de contingence, c'est-à-dire un plan d'action en cas de bris de services, est toujours une priorité pour l'équipe. Aucune démarche concrète n'avait encore été entamée à ce niveau lors de la seconde collecte de données mais une réunion traitant de ce sujet était prévue.

Standardisation des pratiques de travail

La révision des différents outils de travail, tel que mentionné précédemment, entraînerait une certaine standardisation des pratiques de travail. Toutefois, il serait nécessaire de pousser davantage la réflexion à ce niveau en revoyant les différents processus cliniques communs aux deux volets. En faisant un effort supplémentaire sur ce point, le travail des infirmières qui œuvrent aux deux volets du centre se verrait simplifié.

5.11.2 Les constats du volet hébergement

Lieux physiques

- Poste de travail encombré;
- Mise à jour du système d’affichage;
- Confidentialité;
- Matériel de travail;
- Installation pour disposer du matériel bio dangereux;
- Classement et rangement des dossiers;
- Bureau du médecin encombré.

Lors de la deuxième prise de données, il est à noter que le poste infirmier (voir appendice G) et le bureau du médecin (voir appendice H) étaient en réorganisation pour

contrer les problématiques décelées lors de la première collecte. Le système d'affichage, le matériel de travail, l'installation pour disposer du matériel bio dangereux ont aussi été revus par les équipes de travail. Aussi, le regroupement et la classification de certains documents, notamment ceux reliés aux laboratoires à faire, au suivi post-dépistage et au matériel à commander, ont aussi été revus et améliorés. Cependant, la confidentialité lors des entrevues avec les usagers demeure un enjeu important à améliorer. L'utilisation d'un bureau d'entrevue isolé des chambres des usagers représenterait une amélioration à ce niveau.

Manque d'harmonisation des pratiques et des outils de travail

- Procédures entourant tout ce qui a trait à la médication;
- Communications avec les autres intervenants;
- Formation reliée aux différents outils, incluant les outils informatiques.

La procédure entourant la préparation des médicaments a été modifiée et les différentes équipes de travail semblent satisfaites de ce changement. D'autres modifications devraient être apportées d'ici peu par le comité de gestion des risques. Aussi, quelques outils, dont notamment une feuille de travail permettant de structurer les rencontres multidisciplinaires quotidiennes ainsi qu'un document contenant les rapports des quarts de travail infirmier, sont maintenant utilisés.

La formation reliée aux différents outils, incluant les outils informatiques, demeure un point à travailler.

Tâches non infirmières effectuées par le personnel infirmier

- Préparation des chambres des usagers;
- Fouille des bagages des usagers;
- Gestion des effets personnels des usagers;
- Gestion du bouton de la porte d'entrée du centre lorsqu'elle doit demeurer verrouillée.

Des changements ont été apportés au niveau de la gestion des effets personnels des usagers. En effet, ces effets sont désormais sous la responsabilité du personnel psychosocial. Les autres éléments mentionnés demeurent à travailler.

5.11.3 Les constats du volet externe. Outre les constats communs aux deux volets de Domrémy, aucun changement n'a été apporté au volet externe de l'organisation.

Chapitre 6: Discussion et recommandations

L'optimisation du travail infirmier à Domrémy MCQ est un projet de grande envergure qui vise l'intégration de changements de façon continue. La présente étude a collecté des données quantifiables et observables à deux reprises soit en septembre 2011 et en février et mars 2012. Ces deux prises de données ont permis d'illustrer les changements qui ont eu lieu et de vérifier leurs effets au sein de l'organisation. Le modèle Toyota a guidé toute l'étude dont l'analyse et la présentation des résultats. Un plan d'action (tableau 5) a été rédigé en collaboration avec l'équipe de travail de Domrémy MCQ. Ce plan d'action se voulait une énumération des priorités de changements de l'organisation. Il est possible de constater au tableau 5 que plusieurs dossiers sont demeurés en suspens. Malgré cela, cinq d'entre eux ont fait l'objet d'une analyse plus poussée ; lesquels sont les suivants :

- La révision du processus d'orientation et de probation du personnel infirmier;
- L'analyse de l'intégration d'un poste volant ;
- La réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin du volet hébergement ;
- La révision du processus de préparation de la médication ;
- L'harmonisation des outils.

Ces changements, qui avaient pour but d'augmenter la satisfaction au travail des infirmières, ont d'abord été planifiés dans le plan d'action rédigé lors de l'activité kaizen. Ces derniers ont ensuite été pris en charge par le gestionnaire nommé responsable. L'impact de ces cinq processus visant à apporter des modifications au

travail a donc été mesuré lors de la deuxième étude de temps et de mouvement ainsi que par des entrevues informelles. Les changements survenus dans les cinq processus sont présentés dans les sections suivantes.

6.1 La révision du processus d'orientation et de probation du personnel infirmier

Lors de la première collecte de données, un outil servant à guider l'orientation et la probation des nouveaux employés existait déjà. Cependant, ce dernier n'était pas utilisé de façon efficiente représentant une lourde charge de travail pour le nouvel employé et le gestionnaire responsable. En effet, lors de l'embauche, chaque nouveau professionnel est jumelé avec un membre de l'équipe de gestion afin que ce dernier assure son intégration dans l'équipe de travail. Comme le guide se présentait sous forme d'un très long ¹document assez fastidieux, le suivi était souvent effectué de façon très sommaire laissant ainsi une impression de négligence pour le nouvel arrivant. Cette situation va à l'encontre du 10^e principe de la méthode Toyota¹ qui vise la formation d'individus et d'équipes exceptionnels qui appliquent la philosophie de l'entreprise. Pour ce faire, Liker (2009) indique clairement que la première phase à suivre est l'orientation du personnel. Cette orientation doit apporter une direction forte de la part du leader de manière à ce que l'employé comprenne bien sa mission, les règles de travail et les outils qui seront utilisés.

¹ Le 10^e principe s'énonce comme suit Respecter, développer et mettre au défi vos employés et vos équipes (Liker, 2009).

C'est donc dans une vision de cohérence avec le 10^e principe qu'un membre de l'équipe des ressources humaines a été nommé pour revoir le contenu de l'ancien outil dans le but de le rendre plus convivial, de s'assurer qu'il concorde avec la vision du rôle de l'infirmière à Domrémy et d'instaurer un système de pairage pour tous les nouveaux employés.

Lors de la seconde collecte de données, le nouveau guide d'orientation et de probation avait été rédigé. Ce dernier est maintenant composé de listes à cocher qui facilitent le suivi et éclairent les employés sur les objectifs de l'orientation et de la probation. Toutefois, au moment de l'entrevue avec le gestionnaire responsable, le guide n'était pas utilisé. Le gestionnaire devait le présenter à l'ensemble de l'équipe lors d'une réunion prochaine. Selon le plan d'action d'origine, la première utilisation du guide en tant que projet-pilote devait se faire en janvier 2012. Malgré cela, le comité de gestion n'a pas identifié ce projet comme étant une priorité et a plutôt décidé de reporter cet échéancier concentrant ses efforts sur la démarche d'agrément. Il est certain que cette décision va à l'encontre de la philosophie Toyota qui stipule qu'une fois le processus décisionnel terminé, il devient impératif de mettre en œuvre les décisions rapidement mais de façon prudente (Liker, 2009). De plus, comme il a été démontré qu'une orientation adéquate favorise, chez les infirmières nouvellement engagée dans un milieu, l'intention de demeurer à l'emploi, (Lavoie-Tremblay, et al., 2002), ce point pourrait donc représenter une priorité pour Domrémy.

6.2 L'analyse et l'intégration d'un poste volant

Au moment de la première prise de données, au volet hébergement, six quarts de travail infirmier de 7,5 heures chacun, soit 45 heures, et un quart de travail infirmier auxiliaire soit, sept heures, étaient toujours à découvert. Du côté externe de l'organisation, un quart de travail infirmier, soit 7,5 heures, n'était pas comblé par le personnel régulier. Afin de combler ce déficit, l'équipe de Domrémy avait soulevé la possibilité d'ouvrir un poste infirmier volant. Ce poste, en plus de couvrir les besoins des volets hébergement et externe, offrirait aussi une garantie d'emploi à son détenteur.

Lors du suivi de projet en février et mars 2012, le cadre responsable avait réussi à prendre une entente syndicale afin que tout soit effectué correctement. Bien que la méthode Toyota vise le fondement des décisions sur une philosophie à long terme, même au détriment des objectifs financiers à court terme, le projet a été reporté dans le temps par le comité de gestion pour des raisons budgétaires. En effet, la philosophie à long terme est la base même de la méthode Toyota qui promeut une prise de décision transcendant l'immédiat. Cette méthode encourage les choix qui guident l'entreprise vers un but commun, au-delà du profit, et qui visent à l'amener vers un niveau supérieur (Liker, 2009). Comme l'objectif premier de Domrémy MCQ était d'optimiser les soins infirmiers dans le but de faciliter le recrutement et la rétention du personnel cette décision serait à revoir.

Les résultats obtenus démontrent l'importance d'appliquer la méthode Toyota dans son ensemble. Pour obtenir des résultats significatifs et atteindre les objectifs visés à long terme, il est essentiel que l'entreprise s'imprègne de la culture qui entoure cette méthode. Lorsque les dirigeants ne s'impliquent pas dans les activités et l'amélioration continue au jour le jour, les tentatives de mise en œuvre du TPS resteront superficielles (Liker, 2009).

6.3 La réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin du volet hébergement

Un travail de réaménagement a été fait au niveau du poste infirmier et du bureau du médecin (voir les appendices G et H). D'abord, tout le matériel désuet ou qui n'était pas utilisé a été remisé dans une pièce à cet effet. Les tableaux d'affichage ont été nettoyés de manière à conserver seulement les communications récentes. Des espaces de rangement ont été créés pour les demandes d'analyse de laboratoire, les résultats de laboratoire en attente et le matériel à commander. De plus, l'installation des contenants bio-dangereux a été faite et un nouveau fauteuil de traitement facile à nettoyer a été installé. Finalement, le bureau du médecin a été désencombré et les dossiers médicaux qui s'y trouvaient ont été rangés dans un classeur verrouillé dans une pièce dédiée aux archives.

La réorganisation de ces espaces permet de réduire différentes sources de gaspillage dont, par exemple, le matériel médical en surplus, les fournitures inutilisées et les mouvements inutiles lorsque le personnel cherche du matériel ou des informations.

Ainsi, les processus de travail se voient simplifiés en plus de l'obtention d'un environnement de travail plus convivial. Toutefois, il est nécessaire d'assurer la pérennité des changements, c'est-à-dire qu'il sera nécessaire de surveiller régulièrement et de reprendre les étapes visant le triage, le nettoyage et le rangement dans un objectif d'amélioration continue. Dans cette méthode des Cinq S (voir figure 2), la pérennisation des changements est l'étape qui supporte les quatre autres. En effet, s'assurer de la durabilité des changements apportés requiert une direction motivée, une formation appropriée et une culture qui fasse de l'amélioration continue un comportement habituel du sommet de l'entreprise jusqu'à la base (Liker, 2009).

6.4 La révision du processus de préparation de la médication

La première collecte de données a démontré des problèmes entourant le processus de préparation de la médication. Certaines pratiques augmentaient le risque d'erreur et étaient contraires aux recommandations de l'OIIQ. Quelques changements ont donc été apportés. Les médicaments sont maintenant préparés en deux temps, c'est-à-dire une première fois à l'admission et, par la suite, à chaque semaine par l'infirmière de nuit. L'utilisation des piluliers est toujours de mise mais en préparant la médication sur le quart de travail de nuit, les risques de commettre des erreurs sont grandement diminués. En effet, l'infirmière de nuit bénéficie d'une certaine tranquillité qui lui permet de se concentrer plus facilement. Elle est moins souvent sollicitée par les usagers. En étant moins interrompue, le travail est effectué de façon plus sécuritaire.

Ces changements sont en accord avec le quatrième principe de la méthode Toyota et viennent lisser la tâche de travail En éliminant des sources de gaspillage comme la surproduction par le dédoublement d'information, la correction par les erreurs commises et la créativité inemployée, l'équipe infirmière bénéficie maintenant de plus de temps à consacrer aux AVA. Toutefois, dans le but d'appliquer ce principe tel que l'exige la méthode Toyota, il serait pertinent de revoir aussi les formulaires utilisés lors de l'administration de la médication ainsi que les procédures cliniques qui s'y rattachent.

6.5 L'harmonisation des outils

La première collecte de données (2010-2011) a permis de constater que les deux volets de l'organisation n'utilisaient pas les mêmes outils cliniques. Pour le personnel TPO, cette situation complique beaucoup le travail. En effet, plusieurs processus cliniques qui doivent être effectués autant à l'externe qu'à l'hébergement ne sont pas supportés par la même documentation et ne nécessitent pas les mêmes démarches dépendamment du volet où le professionnel travaille. Cette situation sème la confusion dans les équipes et rend l'intégration du nouveau personnel plus ardue. La standardisation des tâches est la base de l'amélioration continue et de la responsabilisation des employés (Liker, 2009). Par standardisation, il est entendu l'application de méthodes stables et répétables qui permettent de maintenir la prévisibilité et la régularité des processus cliniques.

Lors de la seconde collecte de données (2011-2012), un travail avait été débuté dans le but d'harmoniser les outils de travail. Une équipe avait été mandatée afin de déterminer lesquels des formulaires devaient être conservés, adaptés ou encore éliminés. Cependant, ce travail a été mis en suspens assez rapidement compte tenu qu'un membre de cette équipe de travail a dû s'absenter pour des raisons de santé. Comme la méthode Toyota prévoit une application rapide des décisions, il serait pertinent de nommer un nouveau membre de l'équipe pour compléter le travail plutôt que d'arrêter pour une période indéterminée. Pour ce faire, les responsables de ce projet devraient être supportés par l'équipe de gestion, ce qui n'est pas le cas chez Domrémy MCQ. Comme cette partie du projet de l'optimisation des soins de santé n'a pas été jugée prioritaire, aucune action concrète n'a été effectuée pour standardiser la routine de travail.

6.6 La synthèse des résultats

La réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin au volet hébergement selon la méthode des Cinq S a permis d'offrir un environnement de travail plus convivial autant pour le personnel régulier que pour le personnel remplaçant. Par le désencombrement des lieux de travail, certaines sources de gaspillage menant à diverses ASVA ont été éliminées. En effet, une légère diminution du temps passé à chercher et à faire du ménage a été notée.

La préparation de la médication quotidienne des usagers, qui est maintenant effectuée lors du quart de travail de nuit, diminue les risques de commettre des erreurs.

La révision de ce processus clinique a permis l'élimination de certaines sources de gaspillage dont la surproduction par le dédoublement d'information, la correction par les erreurs pouvant être commises et la créativité inemployée. Ainsi, la qualité des soins est améliorée. L'équipe infirmière peut maintenant profiter de plus de temps à consacrer aux AVA, ce qui contribue à favoriser la dispensation de soins de santé sécuritaires et efficaces.

Les trois autres processus de changements, soit la révision du processus d'orientation et de probation du personnel infirmier, l'analyse et l'intégration d'un poste volant et l'harmonisation des outils ont été reportés par l'organisation partenaire. Des démarches ont été débutées dans les trois cas, mais aucune d'entre elles n'a été complétée comme le prévoyait le plan d'action du kaizen. Une gestion non adéquate peut causer le désintéressement des individus et ainsi nuire à l'implication des employés dans de futurs projets.

Les raisons qui expliquent que certaines actions n'ont pas été exécutées doivent donc être explorées. D'une part, il est nécessaire de se questionner sur l'importance de ces enjeux pour l'organisation. Les problèmes ciblés par l'équipe de travail présente au kaizen étaient-ils vraiment prioritaires? D'autre part, en poussant la réflexion plus loin, il est possible de se demander si l'équipe de travail était composée des bons acteurs. Les gens qui ont participé à l'activité étaient-ils vraiment les principaux agents de changement concernés par la problématique soulevée par Domrémy? Finalement, est-ce

que les conditions qui favorisent la réussite d'une telle activité étaient présentes lors de la tenue du kaizen? En effet, selon Liker (2009), afin qu'une telle activité donne les résultats escomptés cinq conditions doivent absolument être remplies. La réunion doit avoir des objectifs clairs (1), les bonnes personnes doivent être présentes (2), les participants doivent être préparés (3), une utilisation efficace des aides visuelles doit être opérée (4) et la réunion doit commencer et se terminer à l'heure (5). Dans le cas de Domrémy, il est pertinent de se demander si l'objectif fixé (l'amélioration des processus cliniques et l'intégration du personnel infirmier pour répondre aux besoins de santé de la clientèle) a vraiment été obtenu par consensus et si ce dernier était bien formulé. En effet, un tel objectif doit être centré sur des tâches et des résultats précis. De plus, la présence de quelques personnes lors de l'activité n'était pas pertinente. En effet, les coordonnateurs des points de services autres que l'hébergement et le volet externe de Trois-Rivières ont été sollicités alors qu'aucun changement n'était prévu à ces endroits. De même, peu de personnel terrain des deux volets était présent.

De plus, le succès d'une activité kaizen repose aussi sur la mise en œuvre du plan d'action. Pour que cette étape soit effectuée efficacement le plan d'action doit être précis et mentionner clairement le changement à apporter, la personne responsable de ce changement ainsi que la période de temps dont elle bénéficie pour l'effectuer. Lors de la rédaction du plan d'action avec Domrémy MCQ, la mise en place d'un échéancier précis a été difficile. Par conséquent, certaines actions prévues n'ont jamais été effectuées.

Bref, comme plusieurs dossiers ont été repoussés par les comités de gestion subséquents, il devient nécessaire de se questionner sur la pertinence de toute la démarche entamée par l'organisation. Un tel projet exige d'être prioritaire, ce qui n'a pas été le cas avec Domrémy MCQ. Les entrevues ont également permis de comprendre que la démonstration des données récoltées lors de la première collecte de données a été très confrontante pour certains gestionnaires créant ainsi des sources de résistance. Toutefois, il est nécessaire de souligner les changements qui ont été apportés par l'organisation. En effet, la réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin de même que les changements de processus au niveau de la gestion de la médication feront, sans doute, une différence au quotidien pour les équipes infirmières.

Chapitre 7: Conclusion

La présente étude a tenté d'illustrer la façon dont certains principes de la méthode Toyota peuvent être appliqués dans un CRD, milieu qui diffère du monde linéaire et industriel où ce mode de gestion est habituellement préconisé. Au cours de ce projet, cinq processus de changements ayant pour objectif l'optimisation des soins infirmiers ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie. De ces cinq démarches cliniques, seulement deux d'entre elles (la réorganisation du poste infirmier et du bureau du médecin du volet hébergement et la révision du processus de préparation de la médication) ont été complétées comme le prévoyait le plan d'action rédigé lors de l'activité kaizen. La réussite d'un tel projet dépend donc de plusieurs éléments.

D'abord, comme il a déjà été mentionné, l'application de la méthode Toyota doit reposer sur un profond changement de culture (Liker, 2009). La simple utilisation des outils Lean ne suffit pas. En effet, la promotion d'une culture d'amélioration continue et l'investissement dans le développement du personnel compose le véritable moteur du TPS (Liker, 2009). Il est donc nécessaire de mobiliser le personnel et de solliciter sa participation constante tout au long de la démarche de changements pour entraîner des changements durables (Liker, 2009). En plus de permettre l'amélioration constante des processus cliniques, l'utilisation accrue des compétences de chaque membre de l'équipe permet d'entretenir la motivation et d'augmenter la satisfaction au travail (Hayes et al., 2006; Lavoie-Tremblay, et al., 2008; Liker 2009). Sachant cela, il est maintenant devenu primordial pour les centres de santé de définir le rôle de chaque professionnel, dont les infirmières, dans le but d'améliorer la qualité des services de santé (OIIQ, 2007). À cet

effet, la loi 90 prévoit ce partage d'activités. Il est donc important pour les centres vivant des difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier, dont les CRD, de se mobiliser en ce sens. L'optimisation du rôle infirmier doit devenir une priorité pour ces organisations. Il est possible de croire qu'en optimisant le travail des infirmières, la qualité de vie au travail pourrait s'améliorer. Par le fait même, l'insatisfaction au travail, le stress au travail et plusieurs autres facteurs qui influencent négativement la rétention du personnel pourraient être diminués. Finalement, en diminuant les difficultés de recrutement et de rétention, il pourrait devenir plus aisé pour les centres de bénéficier d'une expertise clinique et, ainsi, d'assurer des soins de santé sécuritaires, efficaces et efficients (Knudsen, Abraham, Roman, & Studts, 2011).

Bref, l'organisation du travail dans le domaine de la santé doit être en mesure de s'adapter aux situations réelles vécues dans les différents milieux de soins. La rareté du personnel infirmier additionnée aux difficultés de recrutement et de rétention que vivent certains milieux, dont les CRD, représentent des défis majeurs de gestion. Tout porte à croire que les CRD continueront à être confrontés à cette situation dans les années à venir. La recherche en sciences infirmières doit se pencher sur cette problématique dans le but de mettre de l'avant des pratiques de gestion basées sur des résultats probants qui auront comme objectif l'amélioration de la qualité des soins de santé. La méthode Toyota s'avère une philosophie de management inspirante pour le monde infirmier.

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- American Psychiatric Association. (2000) DSM- IV- TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles Mentaux. 4^e éd. Texte Révisé. Washington DC : Éditions
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2010a). *Conception de la toxicomanie*. Document récupéré le 31 janvier 2013 de <http://www.acrdq.qc.ca/conceptiontoxico.php>.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2010b). *Toxicomanie et jeu pathologique*. Document récupéré le 1^e février 2013 de <http://www.acrdq.qc.ca/toxicoetjeu.php>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2010c). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Québec.
- Ben-Tovim, D. I., Bassham, J. E., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M., & Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital : redesigning care at the Flinders Medical Center. *Australian Health Review*, 31(1), 10-15.
- Bertholey, F., Bourniquel, P., Rivery, E., Coudurier, N., & Follea, G. (2009). [Work organisation improvement methods applied to activities of Blood Transfusion Establishments (BTE): Lean Manufacturing, VSM, 5S]. *Transfusion Clinique et Biologique: Journal de la Société Française de Transfusion Sanguine*, 16(2), 93-100.
- Blais, M.-C., Lagacé, D., & St-Pierre, L. (2009). « Le Lean au Centre Parents-Enfant du CHRTR : un début prometteur ». Congrès international de génie industriel, «8ième congrès international de génie industriel » Bagnères de Bigorre, France.
- Blanchet, S., (2012). Réorganiser le travail pour rendre à la population les services dont elle a besoin. *Santé Québec*, 21, 12-16.
- Burroughs, H., Chew-Graham, C. A., Richards, D., Baldwin, B., Burns, A., Morley, M., & Roberts, C. (2004). 'We rob off the in-patient unit': A qualitative study of the recruitment of CPNs by Mental Health Trusts. *Primary Care Psychiatry*, 9(2), 63-66.

- Clancy, C., Oyefeso, A., & Ghodse, H. (2007). Role development and career stages in addiction nursing: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 161-171.
- Coomber, B., & Barriball, L. (2003). Générational Diversity the Nexters. *AORN Journal* 78, 373-379.
- Corredoira, R. A., & Kimberly, J. R. (2006). Industry evolution through consolidation: Implications for addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(3), 255-265.
- Dickson, E. W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., & Singh, S. (2009). Use of lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(4), 504-510.
- Dickson, E. W., Singh, S., Cheung, D. S., Wyatt, C. C., & Nugent, A. S. (2009). Application of lean manufacturing techniques in the Emergency Department. *The Journal Of Emergency Medicine*, 37(2), 177-182.
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. (2009). *Planification de la main-d'oeuvre 2009 à 2014*. [Brochure]. Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec: auteur.
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. (2011). *Perspectives sur l'organisation des soins de santé (nursing*) à Domrémy MCQ*. [Brochure]. Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec: auteur.
- Dubois, C.A., & D'Amour, D. (2011). Synthèse descriptive et analytique de 27 projets d'organisation du travail en soins infirmiers. Université de Montréal.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., & Catling-Paull, C. (2009). The implications of staff «churn» for nurse managers, staff and patients. *Nursing Economics*, 27, 103-110.
- Éduc'alcool. (2007). Alcool et santé les niveaux de consommation d'alcool à faible risque 2-3-4-0. Document récupéré le 1^e février 2013 de http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/08/Alcool_et_Sante_5_Fr.pdf
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), 231-241.
- Fishmann, D. (2010). Applying lean six sigma methodologies to improve efficiency, timeliness of care and quality of care in an internal medicine residency clinic. *Manage Health Care*, 19(3), 201-210.

- Gascon, V., Bélanger, M., Hébert, K., Lagacé, D., & St-Pierre, L. (2009). *Analyse du processus des prélèvements au centre St-Joseph du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières*. Rapport présenté au CHRTR
- Gouvernement du Québec. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Graban, M., & Padgett, S. (2008). Lean laboratories: competing with methods from Toyota. *Laboratory Medicine*, 39(11), 645-648.
- Hanrahan, N. P. (2009). Analysis of the psychiatric-mental health nurse workforce in the United States. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(5), 34-42.
- Hanrahan, N. P., & Gerolamo, A. M. (2004). Profiling the Hospital-Based Psychiatric Registered Nurse Workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(6), 282-289.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F. Spence Laschinger, H. K., North, N., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263.
- Holden, R.J. (2011). Lean thinking in emergency departments : a critical review. *The Journal of Emergency Medicine*, 57(3), 265-278.
- Holmes, C. A. (2006). The slow death of psychiatric nursing: What's next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 401-415.
- Irvine, D.M., & Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses : integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44, 246-253.
- Jacobsen, J. (2008). St. Luke's Hospital Breaks Out of the Pack to Improve Patient and Physician Satisfaction. *The New England Journal of Medicine*, 1-5.
- Jean, S. (2005). *Projection de la main d'œuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*. Direction générale du personnel réseau et ministériel Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Kanawaty, G. (1996). *Introduction à l'étude du travail*. Suisse : Bureau international du travail Genève.

- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., & Billi, J. E. (2009). Creating value in health care: the case for lean thinking. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(12), 557-562.
- King, D. L., Ben-Tovim, D. I., & Bassham, J. (2006). Redesigning emergency department patient flows: Application of Lean Thinking to health care. *Emergency medicine Australasia*, 18, 391-397.
- Kenney, C. (2011). *Transforming Health Care*. New York : Productivity Press Book.
- Knott, A. M., Corredora, R., & Kimberly, J. (2008). Improving consistency and quality of service delivery: Implications for the addiction treatment field. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 99-108.
- Knudsen, H. K., Abraham, A. J., Roman, P. M., & Studts, J. L. (2011). Nurse turnover in substance abuse treatment programs affiliated with the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 307-312.
- Knudsen, H., K., Roman, P. M., & Oser, C. B. (2010). Facilitating factors and barriers to the use of medications in publicly funded addictions treatment organizations. *Journal of Addiction Medicine*, 4, 99-107.
- Lagacé D., Faucher, P., St-Pierre, L., & Bélanger, M. (2010). *Amélioration des processus au département d'imagerie médicale du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières selon l'approche Lean*. Rapport présenté au CSSSTR
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Forcier, M., Labrosse, N., Lafrance, M., Laliberté, D., & Lebeuf, M. (2002). How to facilitate the orientation of new nurses into the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(2), 80-85.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brian-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x

- Lazzara, L. (2012). *Optimisation du travail infirmier en soutien à domicile au centre de santé et de services sociaux de Maskinongé selon les principes du modèle Toyota*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Liker, J. (2009). *Le modèle Toyota, 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris: Pearson Education France.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Montréal : ERPI
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2007). *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2011). *Effectif du réseau de la santé et des services sociaux: dénombrement et rémunération. Nombre de personnes en emploi et le nombre d'emplois au 31 mars. Nombre d'ETC par année financière selon les catégories et sous-catégories de personnel*. Document récupéré le 1^{er} février de <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=Lz7Uvx/L/EA=>
- New South Wales Parliament Legislative Council Select Committee on Mental Health. (2002). *Inquiry into mental health services in New South Wales: final report* (368). Sydney: New South Wales Parliament.
- Ng, D., Vail, G., Thomas, S., & Schmidt, N. (2010). Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 50-57.

- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), & Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2010). *UNODC-OMS : Programme commun de traitement et de prise en charge des toxicomanes*. Document récupéré le 1^{er} février 2013 de http://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_french.pdf
- OIIQ. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Document récupéré le 1^{er} février 2013 de http://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale-une contribution essentielle à consolider*. Document récupéré le 1^{er} février 2013 de http://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2011). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2010-2011*. Document récupéré le 1^{er} février 2013 de <http://www.oiiq.org/sites/default/files/282S-portrait-sommaire-2010-2011.pdf>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2012a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012*. Document récupéré le 1^{er} février 2013 de http://www.oiiq.org/sites/default/files/Rapport_statistique_2011-2012.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2012b). *Champ d'exercice et activités réservées*. Document récupéré le 1^{er} février 2013 de <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- Puskar, K. R., & Bernardo, L. (2003). Psychiatric nursing in crisis: Strategies for recruitment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(1), 29-32.
- Roche, M., & Duffield, C. (2007). Issues and challenges in the mental health workforce development. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 94-103.
- Simon, R. W., & Canacari, E. G. (2012). A practical guide to applying lean tools and management principles to health care improvement projects. *Association of perioperative Registered Nurses Journal*, 95(1), 85-100.
- Snyder, K. D., & McDermott, M. (2009). A rural hospital takes on Lean. *Journal for Healthcare Quality: Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31(3), 23-28.

- St-Pierre, L., & Leblanc, M. (2010). Grille d'observation sur la charge de travail des infirmières et membres de l'équipe de soins. Rapport sur l'optimisation des compétences et partage des responsabilités de l'équipe soignante. Laboratoire LIRISS : UQTR.
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. & Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration* 33, 111-117.
- Tai, T.W.C., Bame, S.I., & Robinson, C.D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Social Science and Medecine*, 47(12), 1905-1924.
- Taunton, R.L., Boyle, D.K., Woods, C.Q., Hansen, H.E., & Bott, M.J. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 205-226.
- Valcarcel-Craig, D. (2009). *Action Research Essentials*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Van Lent, W. A. M., Goedbloed, N., & Van Harten, W. H. (2008). Improving the efficiency of a chemotherapy day unit : Applying a business approach to oncology. *European Journal of Cancer*, 45, 800-806.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand Leclerc, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Québec : Presses Universitaires.
- Virninia Mason Medical Center. (2010). Virginia Mason Production System. Document récupéré le 24 mars 2013 de <http://www.virginiamason.org>
- Wells, J. S., & McElwee, C. N. (2000). The recruitment crisis in nursing: placing Irish psychiatric nursing in context-a review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 10-18.
- Wojtys, E. M., Schley, L., Overgaard, K. A., & Agbadian, J. (2009). Applying lean techniques to improve a patient scheduling process. *Journal for Healthcare Quality*, 31(3), 10-16.
- Woltmann, E. M., Whitley, R., McHugo, G. J., Brunette, M., Torrey, W. C., Coots, L., Linde, D., & Drake, R. E., (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services* 59, 732-737

- Womack, J. P., Byrne, A. P., Fiume, O. J., Kaplan, G. S., & Toussaint, J. (2005). *Going Lean in Health Care. White Paper*. Boston : Institute for Healthcare Improvement.
- Yin, J. T., & Yang, K. A. (2002). Nursing turnover in Taiwan : a meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 513-581.

Appendice A
Planification de l'activité kaizen : horaire des trois jours d'atelier

Heure	Jour 1	Jour 2	Jour 3
8 h	Accueil et présentation du projet, des objectifs et des limites	Chasse au gaspillage	<ul style="list-style-type: none">Mise en place des nouveaux processusChoix des indicateurs
9 h	Formation kaizen		
10 h			
11 h	Présentation des résultats de la phase mesure	<ul style="list-style-type: none">Établissement d'un processus idéalDéfinition des orientations du processus visé	
12 h	Dîner	Dîner	Dîner
13 h	<ul style="list-style-type: none">Cartographie actuelleIdentification des irritants reliés aux processusIchikawa	<ul style="list-style-type: none">Établissement du nouveau modèleIdentification des chantiers	Plan d'action précis
14 h			
15 h			
16 h	Retour et présentation au supérieur	Retour et présentation au supérieur	<ul style="list-style-type: none">Retour et présentation au supérieurActivité reconnaissance
16h30	Fin de la journée	Fin de la journée	Fin de la journée

Appendice B
Grille d'observation utilisée pour la recherche avec les explications pour chacune des actions

Action observée	Définition
Avec dossier consulte	Lire un dossier (cardex, notes d'observation, dossier électronique, PTI, etc.)
Avec dossier écrit	Écrire dans un dossier (rapport, cardex, notes d'évolution, feuille de signes vitaux, etc.) en lien avec le patient
Avec dossier planifie	Utiliser le dossier afin de préparer une intervention
Avec famille	Intervenir auprès de la famille d'un patient (parler, donner des informations, enseigner, écouter, etc.)
Avec patient accompagne	Être auprès du patient et y rester par mesure de sécurité (accompagner pour la marche, pour se rendre à la toilette, à la salle à dîner, etc.)
Avec patient AVQ	Être présent pour les soins d'hygiène du patient
Avec patient parle	Discuter, offrir son soutien, faire de la relation d'aide
Avec patient soigne	Donner un soin qui nécessite une compétence particulière (sonde urinaire, injection intra-musculaire, installer une intraveineuse, etc.)
Avec patient transporte	Pousser un fauteuil roulant ou un lit
Avec patient enseigne	Enseigner au patient tout au long de son séjour
Avec patient évalue	Compléter une évaluation physique ou psychologique du patient en lien avec sa problématique de santé (signes vitaux, plaies, douleur, signes neurologiques, état mental, etc.)
Avec patient médicaments	Distribuer la médication au patient
Avec professionnel aide	Donner de l'aide à un autre professionnel (aide physique lors du déplacement ou des soins à offrir à un patient)
Avec professionnel parle	Discuter avec un autre professionnel en lien avec l'état de santé et les soins à offrir au patient (rapport interservice, rapport lors des pauses, changement d'une ordonnance, etc.)
Cherche	Chercher un objet ou un équipement
Circule allège	Se déplacer avec rien dans les mains
Circule matériel	Se déplacer avec du matériel
Circule tournée	Se déplacer afin de vérifier si les patients sont en sécurité
Gestion/supervision	Gérer tout ce qui est en lien avec les horaires, les remplacements, les changements d'ordonnance, la vérification d'une dose de narcotique à administrer, la supervision des nouvelles recrues, etc.

Hôtellerie	Poser des actions en lien avec les heures de repas (distribuer les cabarets, ramasser les cabarets, faire manger un patient, changer le lit d'un patient, etc.)
Inactivité	Ne rien faire, discuter amicalement entre collègues, faire de la lecture personnelle
Lavage de mains	
Médicaments	Préparer la médication, vérifier la médication, faire le décompte des narcotiques
Ménage	Ramasser, ranger, nettoyer
Pause	Prendre du temps à la période de repas, à la pause et aux besoins personnels
Prépare/planifie	Réfléchir à ce qui doit être fait pendant la journée, consulter des documents avant de donner un soin (méthodes de soins à l'ordinateur, guide de médicaments, etc.)
Prépare isolement	Appliquer les mesures d'isolement avant d'entrer dans une chambre
Téléphone reçoit appel/gestion	Recevoir les appels pour régler des problèmes de gestion (ordinateurs, vacances, départs, congés, gestion des lits, etc.)
Téléphone reçoit appel/soins	Recevoir des appels pour les soins aux patients (changement de prescription, examen, changement de protocole, etc.)
Téléphone fait appel/gestion	Faire des appels concernant la gestion (horaire, remplacement, surplus, etc.)
Téléphone fait appel /soins	Appeler afin d'avoir des informations en lien avec les soins à donner à un patient (médecin, inhalothérapeutes, autre unité, pharmacie, etc.)
Téléphone appel autre	Répondre ou recevoir un appel personnel, pour un autre employé ou pour un patient

(St-Pierre, & Leblanc, 2011)

Appendice C
Formulaire de consentement des participants



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche

Optimisation de l'organisation du travail au Centre de réadaptation en dépendance
Maurice Centre du Québec (Domrémy)

Chercheure principale : Liette St-Pierre inf., Ph.D.
Département : Sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Votre participation à la recherche, qui vise à optimiser l'organisation du travail au Centre de réadaptation en dépendance Maurice Centre du Québec (Domrémy), serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif principal de cette recherche est de cartographier le cheminement actuel fait par le patient, de prendre des données sur le travail fait par les différents membres de l'équipe (valeur ajoutée et non valeur ajoutée) et de prendre des données de différents indicateurs (par exemple : horaire, conditions de travail). De plus, vous pourrez peut-être être invité à participer de façon volontaire à des journées de travail afin de dégager un plan d'action à déployer pour réorganiser le travail (activité kaizen).

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Si vous acceptez de participer à cette recherche, une étudiante viendra observer les tâches que vous effectuez tout au long d'un quart de travail de huit heures. Il s'agit d'une

observation de toutes les tâches que vous faites tout au long de votre quart de travail. Pour cette observation, l'étudiante indiquera sur une grille pré-établie la tâche effectuée. L'horaire des observations sera décidé en fonction de votre horaire de travail. Nous tenterons de vous informer au moins une journée à l'avance de la journée où l'observation aura lieu. Nous devrions avoir besoin de vous observer pendant seulement une journée. Toutefois, si le nombre de membres de l'équipe est insuffisant, nous pourrions vous demander de vous observer une autre fois.

De plus, tout au long de la recherche, une étudiante collectera des données sur l'environnement physique de votre milieu de travail. Si vous désirez lui faire part de vos commentaires quant à l'organisation du travail, nous les accepterons avec plaisir et ces commentaires seront traités de manière anonyme et confidentielle.

Finalement, il est possible que vous puissiez participer à des journées de travail au cours desquelles les principales étapes du plan d'action à mettre en branle pour réorganiser le travail sur votre unité seront décidées. La participation à ces journées est faite sur une base volontaire et les discussions seront confidentielles. Toutefois, le plan d'action sera présenté aux autres employés afin de pouvoir le déployer dans votre milieu.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai. Ainsi, si vous acceptez de participer à la recherche, vous pouvez être observé pendant une journée (8h) ou participer à une journée de travail en groupe (8h) ou répondre à de courtes questions d'éclaircissement pour la chercheuse (10-15 minutes).

Nous tenons à vous informer qu'en aucun temps, les données recueillies ne pourront être utilisées pour évaluer votre travail. Les résultats sont dépersonnalisés et traités en groupe d'employés ne rendant pas possible votre identification par l'employeur.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque connu n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit l'observation lors d'un quart de travail, demeure le seul inconvénient.

Toutefois, nous voulons vous informer que cette recherche s'inscrit avant la réorganisation du travail qui touchera votre service dans les prochains mois. Les données qui seront recueillies grâce à votre participation pourront permettre de poser un regard objectif sur le travail effectué par tous les employés et de faire des suggestions quant à cette réorganisation. De plus, suite à la réorganisation du travail, la chercheuse pourra reprendre des données afin de voir les effets de cette réorganisation sur votre service.

Bénéfices

Les bénéfices prévus à votre participation sont une optimisation de l'organisation du travail. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique (ex : infirmière 1, PAB 2, etc.]. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles scientifiques, de mémoire de maîtrise ou de communication, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un endroit sécuritaire auquel seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès. Elles seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec

Liette St-Pierre inf. Ph.D.
 Département des sciences infirmières
 Université du Québec à Trois-Rivières
 3351, boul. des Forges
 Trois-Rivières (Québec)
 G9A 5H7
 Tél : 819.376.5011 (3459)
 Courriel : Liette.St-Pierre@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat a été émis le 20 mai 2011.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec le Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Liette St-Pierre, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

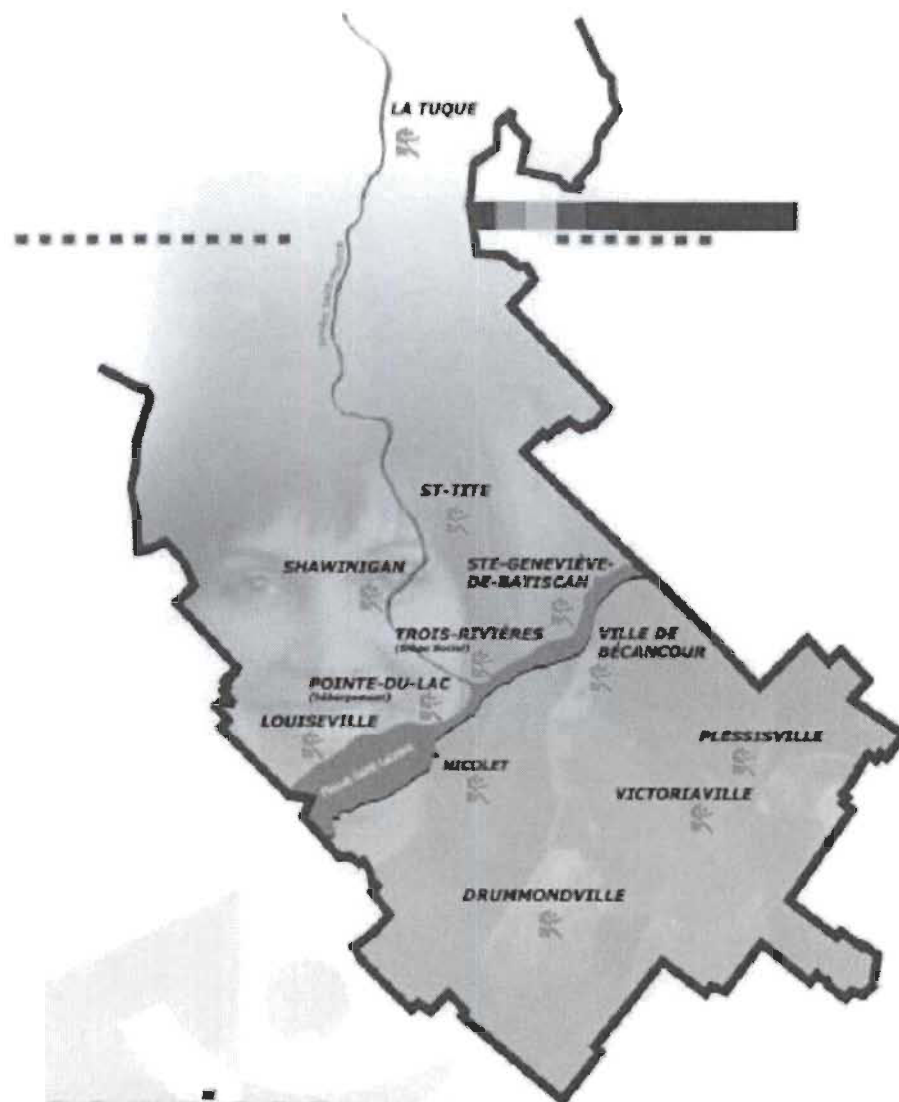
Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Optimisation de l'organisation du travail au Centre de réadaptation en dépendance Maurice Centre du Québec (Domrémy).

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse ou chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Liette St-Pierre
Date :	Date :

Appendice D
Carte du territoire de Domrémy MCQ

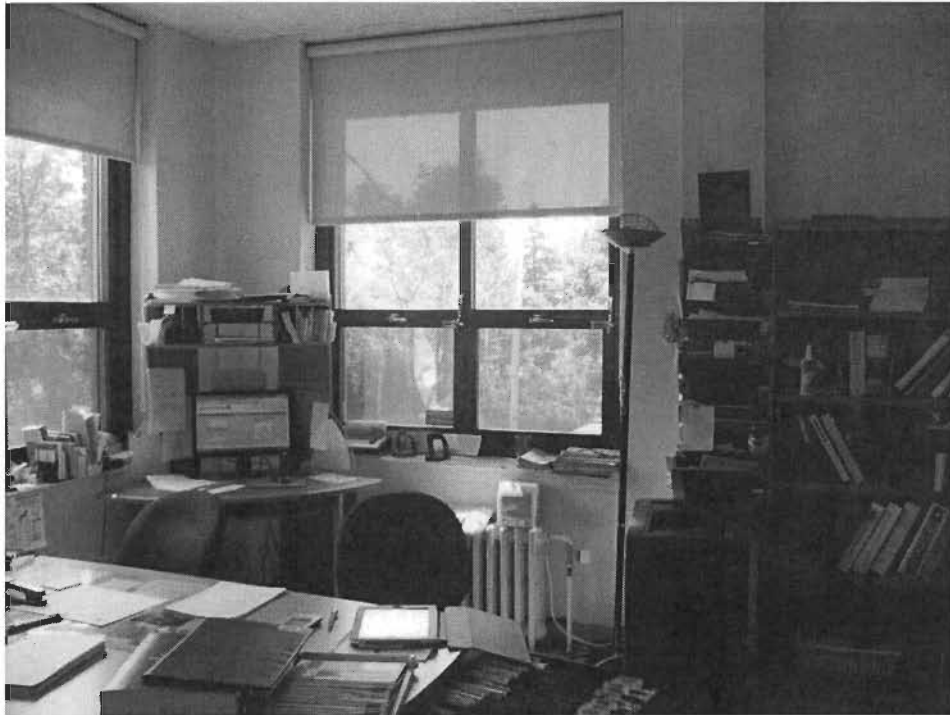


...des **services publics***
près de
chez-vous.

* ÉTABLISSEMENT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

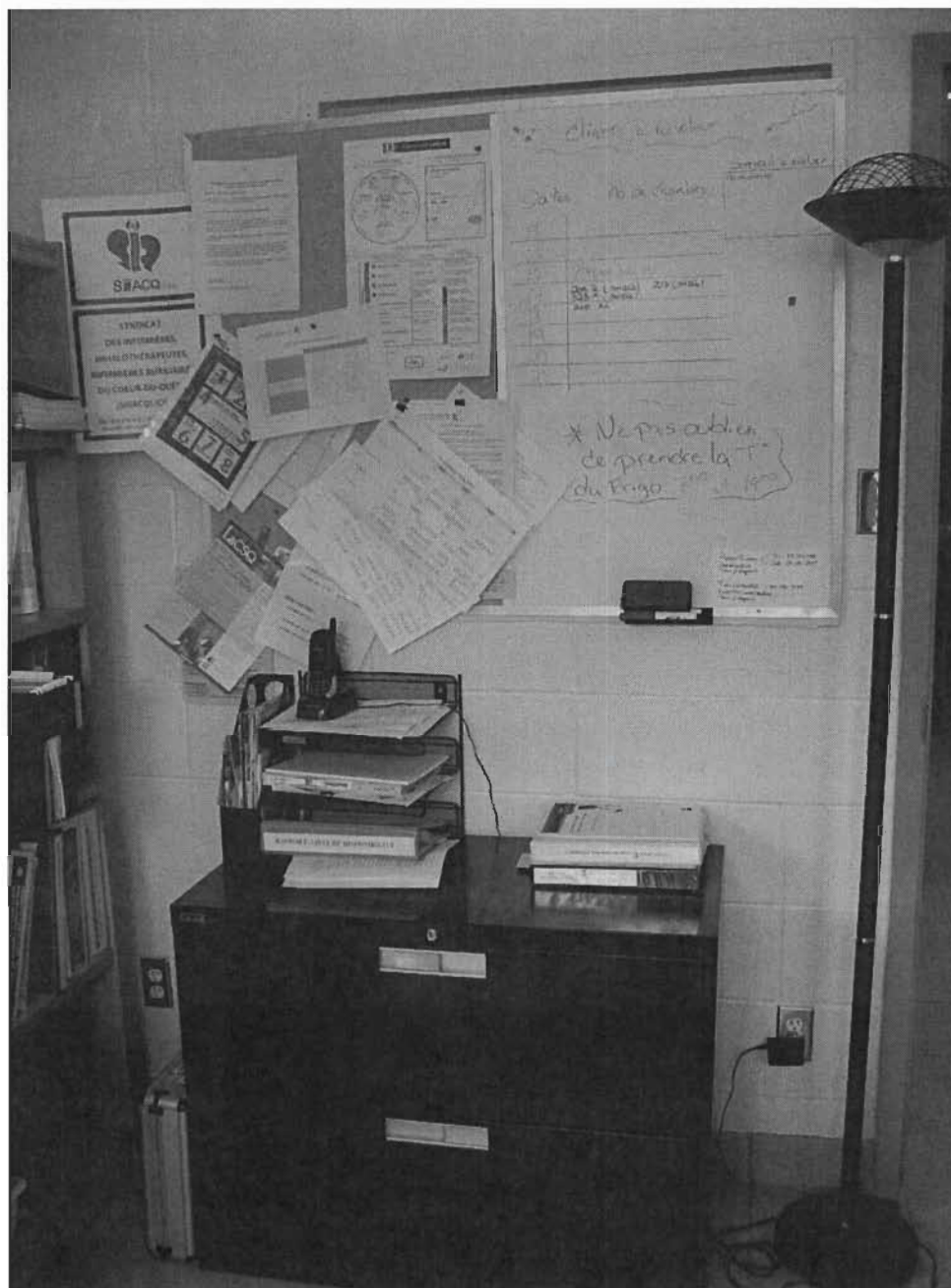
Appendice E
Photos illustrant le poste infirmier avant le projet d'optimisation

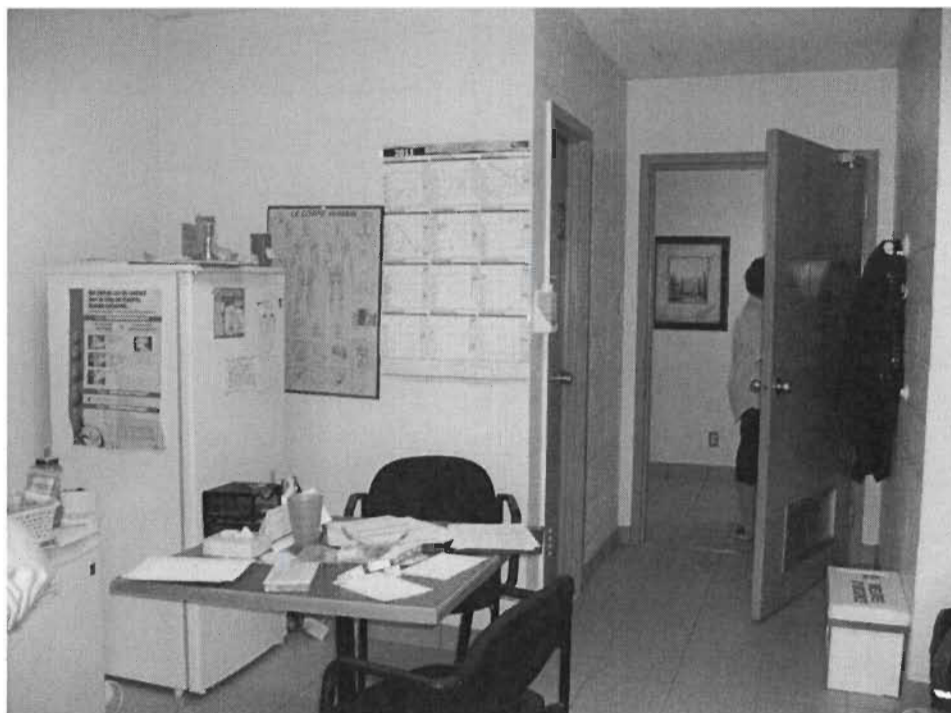










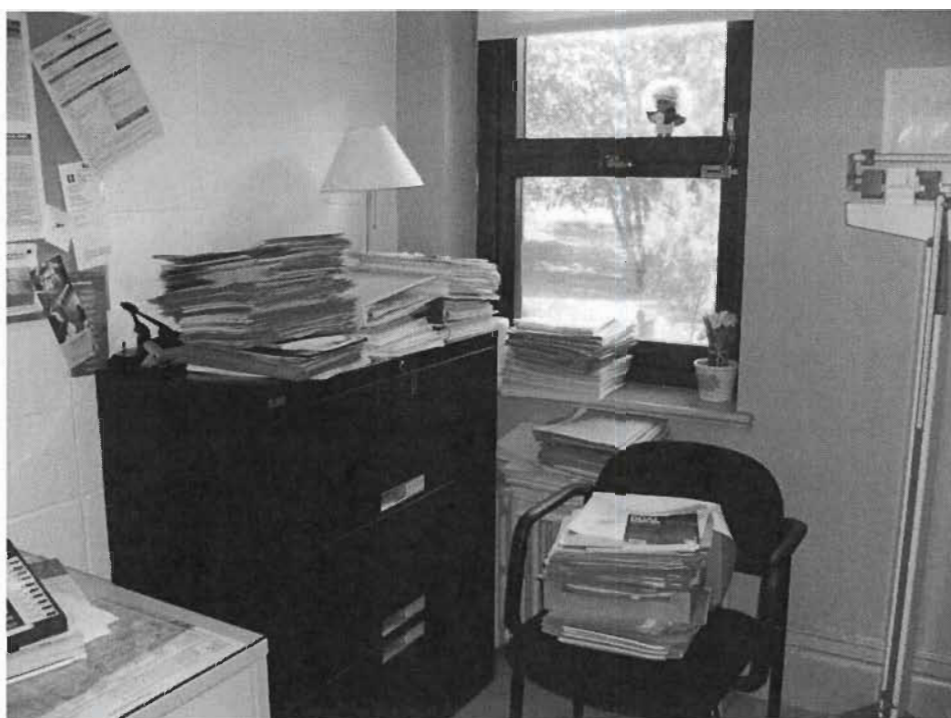
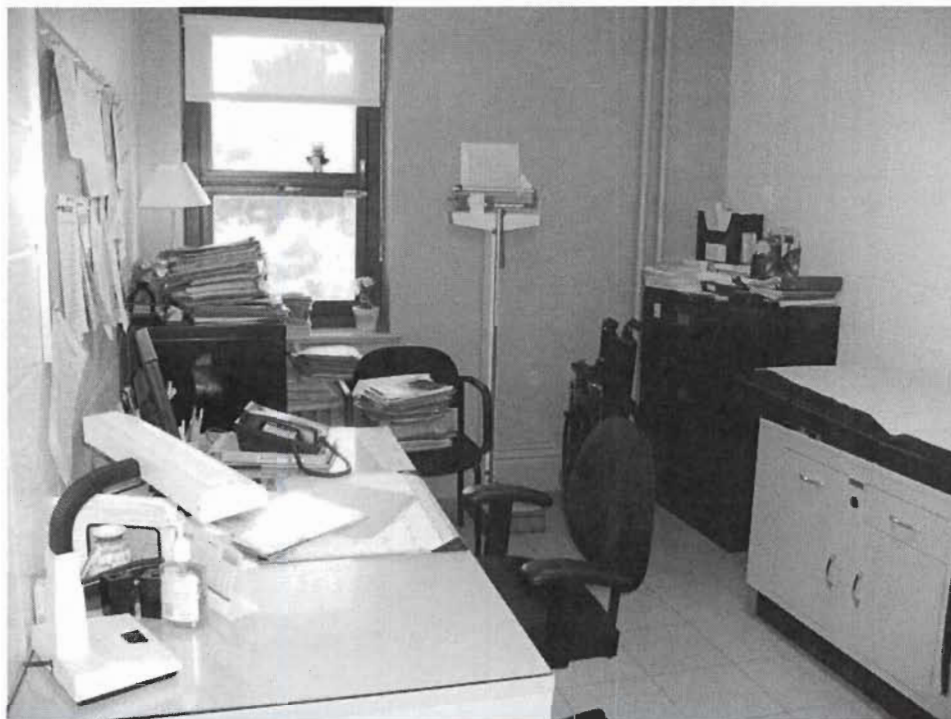


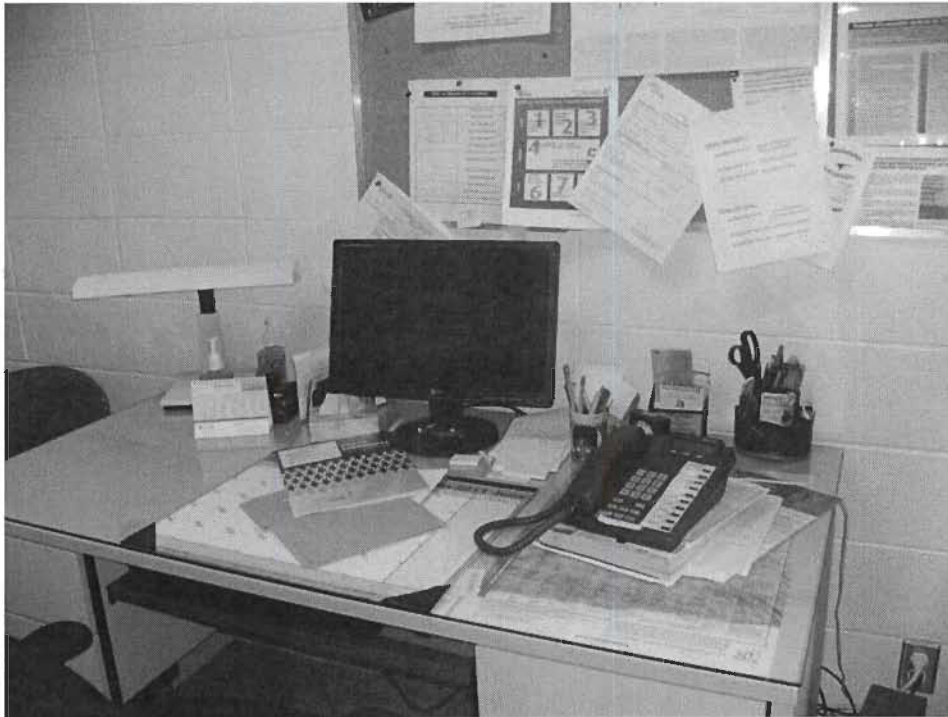




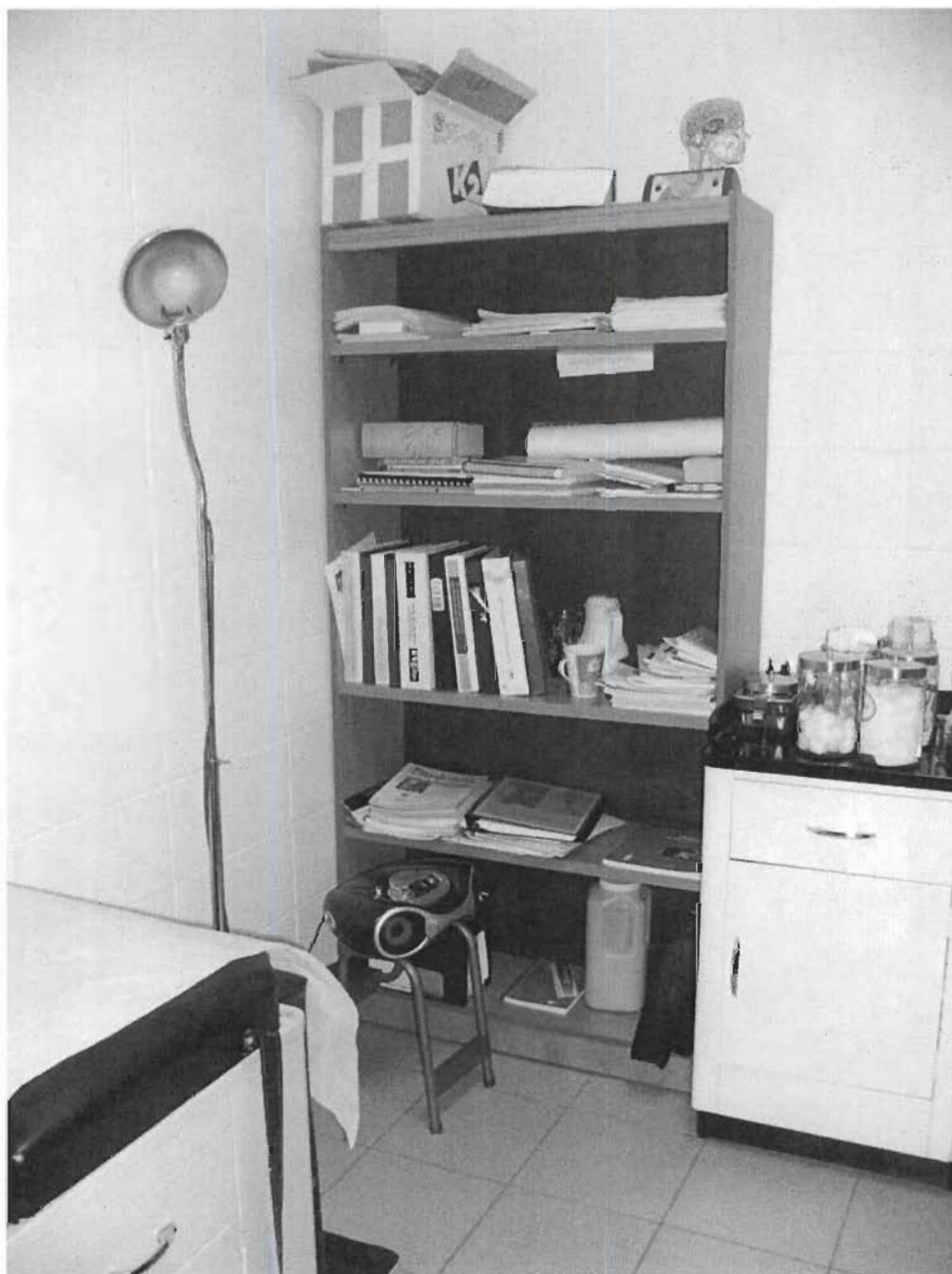


Appendice F
Photos illustrant le bureau du médecin avant le projet d'optimisation







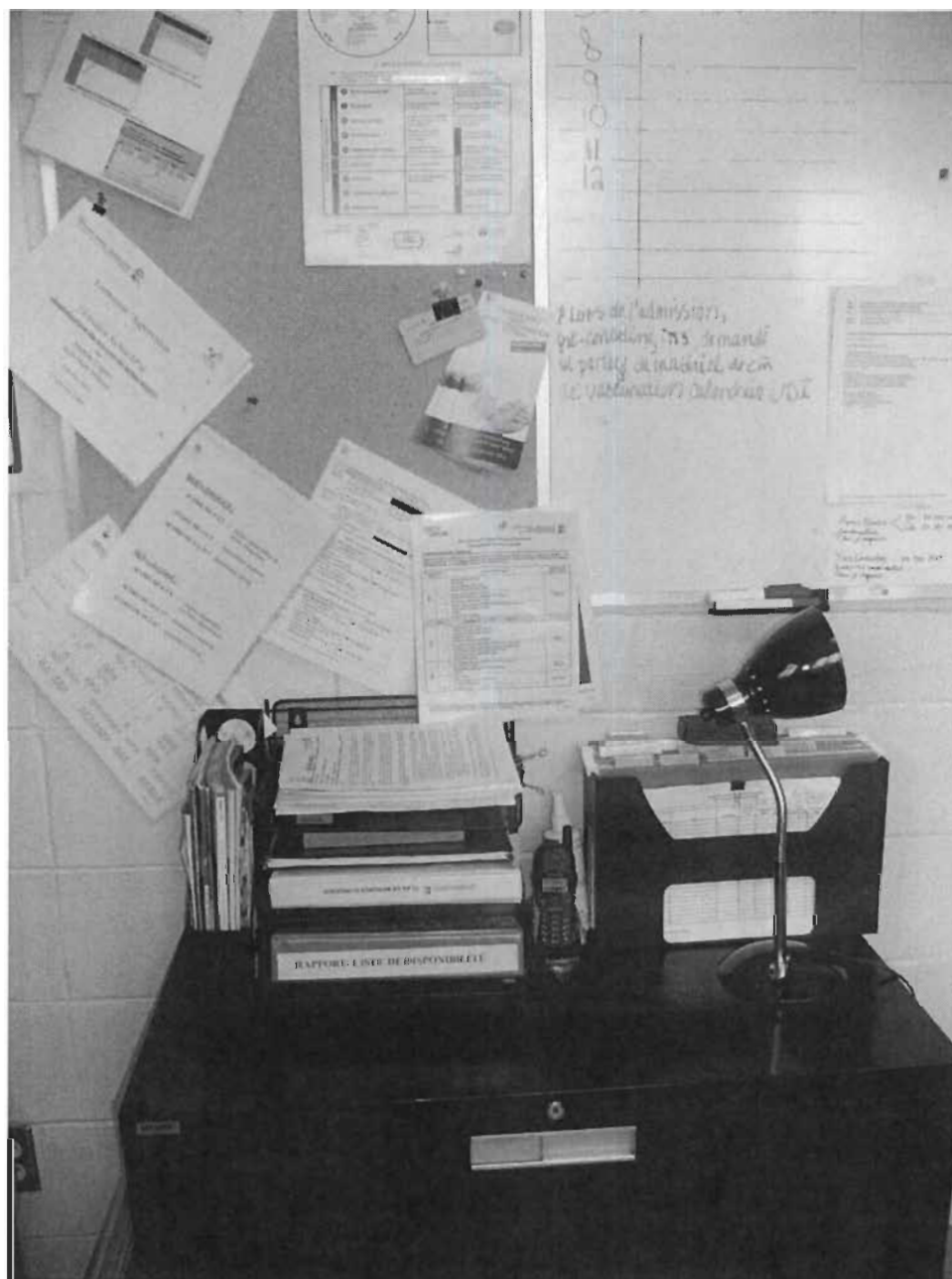


Appendice G
Photos illustrant le poste infirmier après le projet d'optimisation



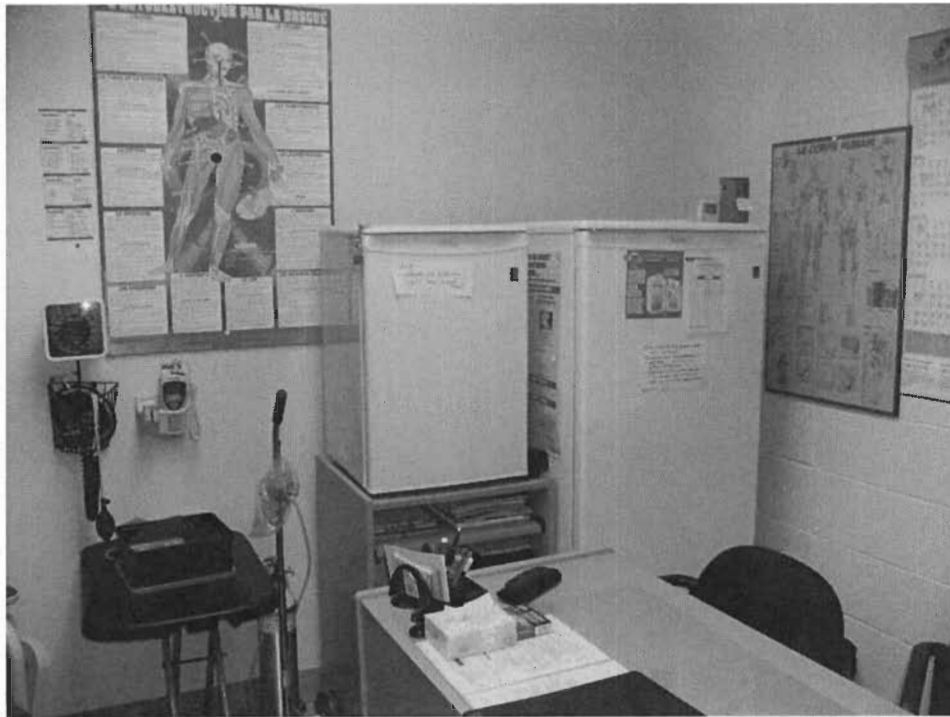












Appendice H

Photos illustrant le bureau du médecin après le projet d'optimisation

